

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG TAHUN 2021

RUMAH SAKIT UMUM PUSAT Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG
DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN RI



Jalan Pasteur No.38 Bandung
Telp. (022) 2034953-55 Fax.(022) 2032216 SMS Hotline.08112335555

**LAPORAN AKUNTABILITAS
RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG
TAHUN 2021**

DISIAPKAN/DIBUAT OLEH DIREKSI :

- 1. dr. Irayanti, Sp.M., MARS.**

Pit. Direktur Utama



- 2. dr. Yana Akhmad Supriatna, Sp.PD-KP., MMRS.**

Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang



- 3. dr. I Gusti Lanang Suartana Putra, MM., MARS.**

Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian



- 4. drg. Muhammad Kamaruzzaman, M.Sc.**

Direktur Perencanaan, Organisasi dan Umum



- 5. Drs. Sudarto, MM.**

Direktur Keuangan dan Barang Milik Negara



PERNYATAAN TELAH DIREVIU
RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG
TAHUN ANGGARAN 2021

Kami telah mereviu Laporan Kinerja Instansi Pemerintah RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung untuk Tahun Anggaran 2021 sesuai Pedoman reviu atas Laporan Kinerja. Substansi informasi yang dimuat dalam Laporan Kinerja menjadi tanggungjawab manajemen RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.

Reviu bertujuan untuk memberikan keyakinan terbatas laporan kinerja telah disajikan secara akurat, andal dan valid.

Berdasarkan reviu kami, tidak terdapat kondisi atau hal-hal yang menimbulkan perbedaan dalam meyakini keandalan informasi yang disajikan di dalam laporan kinerja ini.

Bandung, Januari 2022

Ketua Satuan Pemeriksaan Intern



Dr. Lina Lasminigrum, dr., Sp.THT.KL(K), M.Kes.
NIP 196610231991022001

KATA PENGANTAR

RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung (RSHS) merupakan rumah sakit milik Kementerian Kesehatan. Sejak diresmikan pada tahun 1923, RSHS telah berkembang menjadi rumah sakit besar di Jawa Barat yang dicanangkan sebagai Rumah Sakit Rujukan Nasional dan sebagai Rumah Sakit Pendidikan bagi Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran dan institusi pendidikan tenaga kesehatan lainnya.

Sesuai dengan PP No. 23 Tahun 2005 dan berdasarkan SK Menkes RI No. 861/Menkes/VI/2005, RSHS telah berubah status dari Perusahaan Jawatan (Perjan) menjadi institusi yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU).

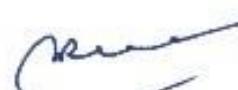
Tahun 2020, bagi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung (RSHS) merupakan tahun pertama melaksanakan program dan kegiatannya mengacu pada Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSHS Tahun 2020-2024.

Laporan ini menggambarkan pencapaian kinerja RSHS mengacu pada Penetapan Kinerja RSHS Tahun 2021 sebagai penjabaran dari RSB tersebut, dan pelaporannya mengacu kepada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI No 53 tahun 2014.

Diharapkan laporan ini dapat menjadi bahan penilaian bagi Kementerian Kesehatan mengenai pencapaian kinerja RSHS dan umpan balik bagi unit-unit terkait di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.

Kami ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah menunjukkan komitmennya dalam rangka mewujudkan visi RSHS.

Bandung, Januari 2022
Direktur Utama
RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung,



dr. Irayanti, SpM., MARS
NIP. 196201231989012001

IKHTISAR EKSEKUTIF

Laporan Akuntabilitas Kinerja ini secara garis besar berisikan informasi rencana kinerja dan capaian kinerja yang telah dicapai selama tahun 2021. Rencana kinerja tahun 2021 dan penetapan kinerja 2021 merupakan kinerja yang ingin dicapai selama tahun 2021 yang mengacu pada tugas pokok dan fungsi serta Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Hasan Sadikin Tahun 2020–2024.

Laporan akuntabilitas kinerja memiliki dua fungsi utama, kesatu, merupakan sarana untuk menyampaikan pertanggungjawaban kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dan seluruh pemangku kepentingan baik yang terkait langsung maupun tidak langsung. Kedua, merupakan sumber informasi untuk perbaikan dan peningkatan kinerja secara berkelanjutan.

Secara keseluruhan realisasi dari target Indikator Kinerja Utama (IKU) RSUP Dr. Hasan Sadikin Tahun 2021 sebesar 75% atau capaian sebesar 87,43% (15 dari 20 IKU) telah mencapai target, Sedangkan IKU yang belum mencapai target sebesar 25% (5 dari 20 IKU). Hal ini dapat diketahui dari:

Meningkatnya kepuasan pelanggan melalui pencapaian Pengukuran Survey Kepuasan Masyarakat, hasil penelitian menunjukkan bahwa secara keseluruhan kualitas kinerja pelayanan bagi masyarakat pengguna jasa RSUP Dr. Hasan Sadikin dapat dikategorikan **BAIK** berada dalam interval 76,61-88,30 dengan perolehan realisasi sebesar 76,62 dari target yang telah ditetapkan 83 atau capaian 92,31%.

Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat melalui pencapaian persentase penurunan jumlah Kematian Ibu di RS realisasi -33,33% dari target yang ditetapkan sebesar 45% atau capaian sebesar -74,07%. Pencapaian angka Kematian Neonatal Dini (AKND) realisasi sebesar 62,53% dari target yang ditetapkan 67% atau capaian 106,67%.

Meningkatnya utilisasi fasilitasi ruangan operasi melalui pencapaian persentase utilisasi ruangan operasi realisasi sebesar 44,42% dari target 52% atau capaian 85,42%.

Terwujudnya pengembangan proses inovatif melalui pencapaian jumlah penelitian yang diterapkan pertahun realisasi sebanyak 5 penelitian dari target 5 penelitian atau mencapai 100% dari target yang ditetapkan. Pencapaian penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME) realisasi sebesar 100% dari target 100% atau capaian 100%.

Terwujudnya proses yang bermutu melalui pencapaian persentase kejadian infeksi daerah operasi realisasi sebesar 0,65 dari target ≤ 2 atau capaian 167,50%. Pencapaian persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ<60 menit realisasi sebesar 87,67% dari target 80% atau capaian 109,59%. Pencapaian Waktu Tunggu sebelum operasi elektif < 2 hari melebihi skor maksimal yaitu realisasi sebesar skor 2 dari target yang ditetapkan yaitu skor nya 1,5 atau capaian sebesar 133,33%. Pencapaian Ketepatan waktu jam visite Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) realisasi sebesar 95,45% dari target 84% atau capaian 113,63%. Pencapaian persentase berkas layak klaim realisasi sebesar 86,12% dari target 80% atau capaian 107,65%. Pencapaian persentase pemeriksaan deteksi dini kanker realisasi 43% dari target 20% atau capaian 215%. Pencapaian persentase evaluasi capaian indikator mutu di area pelayanan klinis prioritas pertahun realisasi 75% dari target 70% atau capaian 107,14%.

Meningkatnya akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi melalui pencapaian persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal realisasi sebesar 96,32% dari target 60% atau capaian 160,53%.

Terpenuhinya standar Sarana Prasarana Alat (SPA) melalui pencapaian persentase pemenuhan ketersediaan Sarana Prasarana sebesar 68,13% dari target 67% atau capaian 101,69%. Pencapaian kehandalan peralatan medis dan non medis (OEE) realisasi sebesar 73,22% dari target 78% atau capaian 93,87%.

Meningkatnya *employee engagement* melalui pencapaian Pengkuran survei Kepuasan pegawai realisasi sebesar 82 dari target 82 atau capaian 100%.

Terlaksananya *lean culture* melalui pencapaian jumlah *Lean Project* yang terlaksana realisasi sebanyak 4 project dari target 4 project atau capaian 100%.

Meningkatnya pendapatan melalui pertumbuhan pendapatan pertahun realisasi sebesar -2,87% dari target 1% atau capaian -287%.

Tercapainya efisiensi biaya operasional melalui pencapaian POBO realisasi sebesar 90,97% dari target 76 atau capaian 119,70%.

Capaian Indikator Kinerja dan anggaran RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2021 menunjukan secara keseluruhan berjalan dengan maksimal, sehingga diharapkan dapat memberikan dampak positif bagi stakeholders RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. Adapun permasalahan yang menyebabkan belum tercapainya target beberapa IKU yang akan menjadi perhatian utama dalam pelaksanaan program dan kegiatan Tahun 2022

DAFTAR ISI

	Hal
Lembar Pengesahan.....	I
Pernyataan Telah Direviu	ii
Kata Pengantar.....	iii
Ikhtisar Eksekutif.....	iii
Daftar Isi.....	vi
Daftar Tabel	viii
Daftar Gambar.....	x
Daftar Grafik.....	xi
 BAB I : PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.	1
B. Maksud dan Tujuan.	2
C.Tugas Pokok dan Fungsi.....	2
D. Sistematika Penulisan Laporan Akuntabilitas Kinerja.....	12
 BAB II : RENCANA KERJA TAHUNAN DAN PENETAPAN KINERJA	
A.Rencana Kerja Tahunan (RKT).....	15
B.Perjanjian Kinerja.....	17
 BAB III : AKUNTABILITAS KINERJA	
A. Pengukuran dan Analisis Pencapaian Kinerja	20
1. Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat.....	22
2. Persentase Jumlah Kematian Ibu di Rumah Sakit.....	27
3. Angka Kematian Neonatal Dini (AKND).....	30
4. Persentase Utilisasi Ruangan Operasi.....	32
5. Jumlah Penelitian Yang Diterapkan Pertahun.....	34
6. Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME).....	36
7. Persentase Kejadian Infeksi Daerah Operasi.....	39
8. Persentase Pasien Yang Memenuhi Standar WTRJ <60 Menit.....	41
9. Waktu Tunggu sebelum Operasi Elektif \leq 2 hari.....	43
10. Kepatuhan Waktu Jam Visite Dokter Penanggung Jawab Pelayanan DPJP.....	45
11. Persentase Berkas pasien BPJS Layak Klaim	46
12. Persentase pemeriksaan deteksi Dini Kanker	50
13. Persentase evaluasi Capaian Indikator Mutu Di Area Pelayanan Klinis Prioritas Pertahun.....	52
14. Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	55
15. Persentase Pemenuhan Ketersediaan Sarana Prasarana (SP).....	57
16. Kehandalan Peralatan Medis dan Non Medis (OEE)	60
17. Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai	63
18. Jumlah <i>Lean Project</i> yang terlaksana.....	65
19. Pertumbuhan Pendapatan Pertahun	68
20. Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO).....	70

B.	Sumber Daya	72
1.	Sumber Daya Manusia.....	72
2.	Sumber Daya Sarana dan Prasarana.....	77
3.	Sumber Daya Anggaran dan Realisasi.....	80
C.	Efisiensi Sumber Daya	85
BAB IV	: KESIMPULAN	87
Lampiran	1. Neraca Per 31 Desember 2020 dan 31 Desember 2021 2. SK TIM LAKIP Tahun 2021 3. Daftar Susunan PIC Indikator Unit 4. Foto kegiatan 5. Penghargaan	

DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 2.1 Sasaran Strategis, Indikator dan Target Kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2021.....	17
Tabel 3.1 Capaian Kinerja RSHS Tahun 2021.....	21
Tabel 3.2 Capaian Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat	22
Tabel 3.3 Prioritas perbaikan IKM Semester 2 Tahun 2021	24
Tabel 3.4 Saran Dan Masukan Responden	25
Tabel 3.5 Capaian Persentase Jumlah kematian Ibu di rumah sakit	27
Tabel 3.6 Capaian Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)	30
Tabel 3.7 Perbandingan Jumlah Kasus Kematian Neonatal Dini Lahir Hidup DI RSRS Periode 2020 - 2021	32
Tabel 3.8 Utilisasi Ruangan Operasi	32
Tabel 3.9 Capaian Jumlah Penelitian yang Diterapkan Pertahun	34
Tabel 3.10 Judul penelitian yang diterapkan pertahun	35
Tabel 3.11 Capaian Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME)	36
Tabel 3.12 Penerapan Pelayanan EMR	37
Tabel 3.13 Capaian Presentase Kejadian Infeksi Daerah Operasi	39
Tabel 3.14 Capaian Presentase Pasien Yang Memenuhi Standar WTRJ <60 menit	41
Tabel 3.15 Capaian Waktu Tunggu Sebelum Operasi Elektif < 2 hari	44
Tabel 3.16 Capaian Ketepatan Waktu Jam Visite Dokter Penanggungjawab Pelayanan/DPJP	45
Tabel 3.17 Capaian Presentase Berkas pasien BPJS Layak Klaim	47
Tabel 3.18 Capaian persentase pemeriksaan deteksi Dini Kanker	50
Tabel 3.19 Capaian Persentase evaluasi Indikator Mutu Di Area Pelayanan Klinis Prioritas Pertahun	52
Tabel 3.20 Judul indikator pelayanan klinis prioritas tahun 2021	53
Tabel 3.21 Capaian Presentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT vertikal	56
Tabel 3.22 Capaian Pemenuhan ketersediaan Sarana Prasarana (SP)	57
Tabel 3.23 Aspek Penilaian Capaian Pemenuhan Ketersediaan Sarana Prasarana Tahun 2021	58
Tabel 3.24 Capaian Kehandalan Peralatan Medis dan Non Medis (OEE).....	60
Tabel 3.25 Capaian Kehandalan Peralatan Medis Dan Non Medis (OEE) Tahun 2021 .	62

Tabel 3.26	Capaian Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai	63
Tabel 3.27	Capaian Jumlah Lean Project Yang Terlaksana	65
Tabel 3.28	Capaian Implementasi Lean Project Tahun 2021	67
Tabel 3.29	Capaian Pendapatan Pertahun.....	68
Tabel 3.30	Capaian Pendapatan Pertahun Tahun 2021.....	69
Tabel 3.31	Capaian POBO	70
Tabel 3.32	Rincian POBO	71
Tabel 3.33	Komposisi SDM Berdasarkan Jenis Tenaga (Desember 2020)	72
Tabel 3.34	Komposisi SDM Berdasarkan Jenjang Pendidikan Yang Telah Disesuaikan ...	74
Tabel 3.35	Komposisi SDM Berdasarkan Jenis Jabatan	74
Tabel 3.36	Sumber Daya Sarana dan Prasarana tahun 2020	77
Tabel 3.37	Sumber Daya Anggaran	80
Tabel 3.38	Laporan Operasional Tahun 2021.....	82
Tabel 3.39	Pengendalian SPPD	86

DAFTAR GAMBAR

	Hal	
Gambar 1.1	Struktur Organisasi	14
Gambar 3.1	Program Kegiatan tindak Lanjut IKM Semester 1 Tahun 2021	26
Gambar 3.2	Upaya meningkatkan kebersihan toilet di lingkungan RSHS	27
Gambar 3.3	Progres Perbaikan toilet di Gedung Anggrek	27
Gambar 3.4	Penyusunan panduan EMR di Instalasi Rekam Medik	38
Gambar 3.5	Sosialisasi EMR	38
Gambar 3.6	Telusur pendampingan	38
Gambar 3.7	Sosialisasi dan edukasi bundles IDO	41
Gambar 3.8	Bukti dokumentasi alarm sistem	43
Gambar 3.9	Hasil monev alarm system WTRJ penyebab keterlambatan WTRJ	43
Gambar 3.10	Alur berkas klaim	48

DAFTAR GRAFIK

	Hal	
Grafik. 3.1	Rekapitulasi Hasil nilai IKM Semester 2 Tahun 2021	24
Grafik. 3.2	Jumlah Kematian Ibu Periode Januari – Desember 2021	29
Grafik 3.3	Jumlah Kematian Ibu Periode Januari – Desember 2021 Berdasarkan Asal Rujukan (N 27)	29
Grafik. 3.4	Jumlah Kematian Ibu Periode Januari – Desember 2021 Berdasarkan Diagnosis Primer (N=27)	30
Grafik. 3.5	Persentase Utilisasi Kamar Operasi Periode Januari-Desember 2021	34
Grafik. 3.6	Capaian IKU Kepatuhan Waktu Jam Visite DPJP	46
Grafik. 3.7	Persentase Berkas Layak Klaim	
Grafik. 3.8	Capaian Persentase pemeriksaan Deteksi Dini Kanker RSUP dr. Hasan Sadikin	52
Grafik. 3.9	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal Tahun 2021	57
Grafik. 3.10	Capaian Indikator Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai Tahun 2021	63
Grafik. 3.11	Nilai Rata-rata Indikator Kepuasan Pegawai RSHS TAHUN 2021	64

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tata pengelolaan/pemerintahan yang baik (*good governance*) merupakan harapan semua pihak. Upaya untuk mewujudkan *good governance* tersebut telah dituangkan dalam berbagai peraturan perundang-undangan, antara lain:

1. TAP MPR Nomor XI Tahun 1998 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari KKN ;
2. UU Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari KKN;
3. Inpres Nomor 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP);
4. Inpres Nomor 5 Tahun 2004 tentang Percepatan Pemberantasan Korupsi
5. PermenPAN dan RB No. 29 Tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Tapja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
6. Permen PAN dan RB No. 35 Tahun 2011 tentang Juklak Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
7. Keputusan Direktur Jenderal BUK No.HK.02.02.04/1568/12 tanggal 28 Agustus 2012
8. Perpres Nomor 9 Tahun 2005 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Kewenangan, Susunan Organisasi, dan Tata Kerja Kementerian Negara Republik Indonesia.
9. PermenPAN dan RB No. 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

Peraturan tersebut di atas mengisyaratkan bahwa setiap instansi pemerintah diwajibkan mengimplementasikan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) dengan tujuan mendorong terciptanya akuntabilitas kinerja instansi pemerintah sebagai salah satu prasyarat untuk terciptanya pemerintahan yang baik dan terpercaya.

SAKIP pada dasarnya merupakan sistem manajemen berorientasi pada hasil yang merupakan salah satu instrumen untuk mewujudkan instansi pemerintah yang akuntabel sehingga dapat beroperasi secara efisien, efektif, dan responsif terhadap aspirasi masyarakat dan lingkungannya. Terwujudnya transparansi instansi pemerintah dan partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan pembangunan nasional serta terpeliharanya kepercayaan masyarakat kepada pemerintah. Dengan menerapkan SAKIP tersebut setiap instansi pemerintah diharuskan membuat Rencana Strategis (*Strategic Plan*), Rencana Kinerja (*Performance Plan*), Penetapan Kinerja (*Performance Agreement*) serta Laporan Akuntabilitas Kinerja (*Performance Accountability Report*).

Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung (LKj RSHS) Tahun 2021 disusun sebagai pertanggungjawaban pelaksanaan tugas di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dalam kurun waktu tahun 2021.

B. Maksud dan Tujuan

LKj RSHS Tahun 2021 disusun dengan tujuan untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan dan atau kegagalan pelaksanaan misi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam penetapan Kinerja RSHS Tahun 2021 dan juga sebagai umpan balik untuk memicu perbaikan kinerja RSHS di tahun yang akan datang.

C. Tugas Pokok dan Fungsi

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI (Permenkes) No. 78 tahun 2019 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, RSHS merupakan Unit Pelaksana Teknis (UPT) di lingkungan Kementerian Kesehatan yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. RSHS dipimpin oleh seorang Kepala yang disebut Direktur Utama.

RSHS dikategorikan sebagai Rumah Sakit Kelas A dan berfungsi sebagai Rumah Sakit Pendidikan dan salah satu dari 4 RS Rujukan Nasional Rujukan Puncak untuk Provinsi Jawa Barat. RSHS juga berfungsi sebagai Pusat Unggulan Nasional (*National Center of Excellence*) dalam bidang Kedokteran

Nuklir dan ditetapkan sebagai satu-satunya penyelenggara Pendidikan Spesialis Kedokteran Nuklir di Indonesia.

1. Tugas Pokok

RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.

2. Fungsi

Dalam melaksanakan tugas pokok diatas, RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung menyelenggarakan fungsi :

- a. Penyusunan rencana program dan anggaran;
- b. Pengelolaan pelayanan medis;
- c. Pengelolaan pelayanan penunjang medis;
- d. Pengelolaan pelayanan penunjang nonmedis;
- e. Pengelolaan pelayanan keperawatan;
- f. Pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
- g. Pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan;
- h. Pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
- i. Pengelolaan sumber daya manusia;
- j. Pelaksanaan urusan hukum, organisasi, dan hubungan masyarakat;
- k. Pelaksanaan kerja sama;
- l. Pengelolaan sistem informasi;
- m. Pelaksanaan urusan umum; dan
- n. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan

3. Struktur Organisasi

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI (Permenkes) No. 78 tahun 2019, RSBS dipimpin oleh seorang kepala yang disebut Direktur Utama dengan susunan organisasi sebagai berikut:

- a. Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang;
- b. Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Penelitian;
- c. Direktorat Keuangan dan Barang Milik Negara;
- d. Direktorat Perencanaan, Organisasi, dan Umum; dan
- e. Unit-unit Non Struktural

Selain itu, di RSHS terdapat pula komite yang memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur Utama dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit yaitu :

- a. Komite Medik
- b. Komite Etik dan Hukum
- c. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien
- d. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit
- e. Komite Etik dan Penelitian
- f. Komite Keperawatan
- g. Komite Koordinasi Pendidikan
- h. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Dalam melaksanakan tugasnya terutama yang berkaitan dengan pengawasan pelaksanaan tugas-tugas rumah sakit, Direktur Utama dibantu oleh Ketua Satuan Pemeriksa Intern (SPI).

RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung sebagai rumah sakit milik Kementerian Kesehatan RI merupakan puncak rujukan untuk propinsi Jawa Barat dan merupakan Rumah Sakit Kelas A. RSHS memiliki kemampuan untuk memberikan pelayanan medis spesialistik dan subspesialistik luas. Pelayanan spesialistik yang diberikan terdiri dari 21 pelayanan spesialistik dan 133 pelayanan subspesialistik. Pelayanan medik spesialistik tersebut adalah:

1. KSM Ilmu Penyakit Dalam/*Department of Internal Medicine*
2. KSM Ilmu Kesehatan Anak/*Department of Child Health*
3. KSM Obstetri dan Ginekologi/*Department of Obstetrics and Gynecology*
4. KSM Neurologi/*Department of Neurology*
5. KSM Ilmu Bedah/*Department of Surgery*
6. KSM Bedah Mulut dan Maksilofasial/*Oral and Maxillofacial Department*
7. KSM Orthopaedi dan Traumatologi/*Department of Orthopaedics and Traumatology*
8. KSM Ilmu Bedah Saraf/*Department of Neurosurgery*
9. KSM Urologi/*Department of Urology*
10. KSM Anestesiologi dan Terapi Intensif/*Department of Anesthesiology and Intensive Therapy*

11. KSM Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin/*Department of Dermatology and Venereology*
12. KSM Ilmu Kesehatan Gigi dan Mulut/*Department of Dental and Oral Health*
13. KSM Ilmu Kedokteran Jiwa/*Psychiatry Department*
14. KSM Ilmu Kesehatan Telinga, Hidung, Tenggorok, Kepala dan Leher (THT-KL) / *Department of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery*
15. KSM Ilmu Kedokteran Nuklir dan Pencitraan Molekuler/*Department of Nuclear Medicine and Molecular Imaging*
16. KSM Patologi Klinik/*Department of Clinical Pathology*
17. KSM Patologi Anatomi/*Department of Anatomical Pathology*
18. KSM Radiologi/*Department of Radiology*
19. KSM Ilmu Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi/*Department of Physical and Rehabilitation Medicine*
20. KSM Kedokteran Forensik/*Department of Forensic Medicine*
21. KSM Ilmu Farmakologi dan Terapi/*Department Pharmacology and Clinical Pharmacy*

Pelayanan Subspesialistik di RSHS, yaitu:

1. Penyakit Dalam
 - Kardiovaskuler
 - Ginjal Hipertensi
 - Endokrinologi & Metabolisme
 - Gastroentero Hepatologi
 - Respirologi dan penyakit kritis respirasi
 - Hemato Onkologi Medik
 - Reumatologi
 - Geriatri
 - Penyakit Tropik dan Infeksi
2. Obstetri & Ginekologi
 - Fetomaternal
 - Onkologi
 - Fertilitas dan Endokrinologi
 - Uroginekologi
 - Obstetri dan Ginekologi Sosial
3. Kesehatan Anak
 - Respirologi
 - Infeksi dan Penyakit Tropis
 - Kardiologi
 - Hematoonkologi

- ERIA (Emergensi dan Rawat Intensif Anak)
 - Gastrohepatologi
 - Neonatologi
 - Neurologi
 - Gizi dan Penyakit Metabolik
 - Tumbuh Kembang dan Pediatrik Sosial
 - Endokrinologi
 - Alergi dan Imunologi
 - Nefrologi
4. Ilmu Bedah
- Bedah Onkologi
 - Bedah Digestif
 - Bedah Urologi
 - Bedah Anak
 - Bedah Plastik
 - Bedah Toraks
 - Bedah Vaskuler
5. Bedah Saraf
- Traumatologi
 - Vaskuler
 - Tumor
 - Degeneratif
 - Kongenital
 - Saraf Tulang Belakang
 - Infeksi
 - Bedah Saraf Fungsional
6. Ortopedi dan Traumatologi
- Tulang Belakang (*Spine*)
 - *Hand & Microsurgery*
 - Dewasa & Rekonstruksi (*Adult & Reconstruction*)
 - *Ankle & Foot*
 - Ortopedi Anak
 - Ortopedi Onkologi
 - *Sport Injury*
7. Bedah Mulut
- Infeksi Oromaksilosial
 - Dentoalveolar
 - Neoplasma Oromaksilosial
 - Trauma Oromaksilosial
 - Kongenital Oromaksilosial
 - Bedah Ortognati Osteodistraksi
 - Saraf Oromaksilosial
 - Kelenjar Ludah
 - Temporomandibular Joint
 - Implan Oromaksilosial

- Kiste Oromaksilofasial
 - Penanganan Khusus Oromaksilofasial
 - Spesial Dental Care Density
8. Neurologi
- Cerebrovaskular (CVD)
 - Nyeri dan Nyeri kepala
 - Epilepsy
 - Saraf tepi
 - Neurofisiologi Klinik
 - Infeksi susunan saraf
 - Saraf Anak
 - Neurogeriatri
 - Neurobehaviour/ Fungsi luhur
 - Neorooftalmologi, Vertigo, Otologi
 - Neurorehabilitasi
 - Neurotraumatologi
 - Neuro intensif
 - Neuro Radiologi
 - Movement disorder
 - Neuro Emergensi
 - Neuro Imunologi
9. Anesthesiologi & Terapi Intensif
- Neuroanestesi
 - *Intensive Care*
 - Anestesi Pediatrik
 - Anestesi Regional
 - Manajemen Nyeri (*Pain Management*)
 - Anestesi Obstetri
 - Anestesi Thoraks dan Kardiovaskular
10. Kulit dan Kelamin
- Dermatologi Non Infeksi dan Geriatri
 - Dermatologi Anak
 - Dermatologi Kosmetik
 - Dermatologi Alergi & Imunologi
 - Dermatologi Tumor & Bedah kulit
 - Dermatologi mikologi & infeksi virus
 - Dermatologi infeksi bakteri & parasite
 - Dermatologi venereology
11. Kesehatan Gigi dan mulut
- Ilmu Penyakit Mulut
 - Periodontik
 - Orthodontik
 - Pedodontik
 - Prosthodontik

12. Kedokteran Jiwa

- Psikiatri Anak dan Remaja
- Psikogeriatri
- Psikiatri Komunitas
- Psikiatri Adiksi
- Psikiatri Biologi
- Psikiatri Forensik
- *Consultation Liaison Psychiatry (CLP)*

13. Radiologi

- Radiologi Pediatrik
- Neuroradiologi
- Radiologi Traktus Respirasi
- Radiologi Kardiovaskuler
- Radiologi Gastrointestinal
- Radiologi Urogenitalis
- Radiologi Muskuloskeletal
- Radiologi *Breast and small parts*
- Radiologi Intervensional

14. Patologi Klinik

- Hematoonkologi
- Ginjal Hipertensi
- Hepato gastroenterology
- Imunoserologi dan alergi
- Infeksi dan penyakit tropic/mikrobiologi
- Endokrin

15. Telinga, Hidung, Tenggorok dan Bedah Kepala Leher (THT-KL)

- Laring Faring
- Otologi
- Rinologi - alergi
- Bronkos esofagologi
- Audiologi
- Onkologi bedah kepala leher
- Plastik rekonstruksi maxillo facial
- THT komunitas

16. Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi

- Rehabilitasi Muskulosketel
- Rehabilitasi Neuromuskuler
- Rehabilitasi Pediatric
- Rehabilitasi Geriatri
- Rehabilitasi Kardiopulmonal

17. Patologi Anatomi

18. Kedokteran Nuklir dan Pencitraan Molekuler

-
- 19. Kedokteran Forensik dan Medikolegal
 - 20. Farmakologi dan Terapi
 - 21. Kesehatan Mata

Pelayanan spesialistik maupun subspesialistik tersebut diselenggarakan di Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Darurat, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Intensif, Instalasi Bedah Sentral, Instalasi Pelayanan Jantung, Instalasi Hemodialisa, Instalasi Radioterapi dan Instalasi Teknologi Reproduksi Berbantu, yang didukung oleh pelayanan penunjang lainnya, seperti: Instalasi Gizi, Instalasi Farmasi, Instalasi Rekam Medis, Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRS), Instalasi Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit (IKLRS), Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit (ISIRS), Instalasi Binatu dan *Central Sterile Supply* dan lain sebagainya.

Selain pelayanan-pelayanan tersebut di atas, RSHS memiliki pelayanan-pelayanan khusus seperti:

- 1. Klinik Teratai (HIV/AIDS)
- 2. Klinik DOTS
- 3. Klinik TB MDR
- 4. Klinik Terapi Rumatan Metadon
- 5. Klinik Instansi Penerima Wajib Lapor (IPWL)
- 6. Klinik Alergi
- 7. Klinik Lupus
- 8. Pelayanan Geriatri
- 9. *Medical Check Up* dan Pengujian Kesehatan Pegawai
- 10. Klinik Asnawati (Pelayanan Kemoterapi)
- 11. Klinik Thalasemia
- 12. Klinik Osteoporosis
- 13. Klinik Mendengkur (*Snoring Clinic*)
- 14. Klinik Anestesi
- 15. Fetomaternal Diagnostik
- 16. Skrining Tiroid
- 17. Pelayanan PKBRS
- 18. Bank Darah,

19. Pelayanan Kedokteran Nuklir

20. Klinik Paliatif

21. Unit Pelayanan Transfusi Darah Rumah Sakit (UPD) Rumah Sakit

22. Klinik Infeksi Khusus (Covid)

RSHS sebagai rumah sakit rujukan *tertier* berupaya untuk dapat menyelenggarakan pelayanan secara terpadu. Untuk itu, pada pelaksanaannya dibentuk berbagai tim, diantaranya:

1. Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS)
2. Tim Program Pengendalian Resistensi Anti Mikroba (PPRA)
3. Tim Pelayanan *Obstetri Neonatal* Emergensi Komprehensif (PONEK)
4. Tim Pengelola Program Keluarga Berencana Rumah Sakit (PKBRS)
5. Tim Penanggulangan Infeksi HIV / AIDS
6. Tim TB MDR
7. Tim Pelayanan Rumatan Metadon
8. Tim Penerima Wajib Lapor Pelayanan Pecandu Narkotika
9. Tim Penapisan Teknologi Kesehatan (HTA)
10. Tim Monitoring dan Evaluasi Rekam Medis
11. Tim Pusat Pelayanan Terpadu Korban Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak
12. Tim Penanganan Epilepsi Terpadu
13. Tim Kanker
14. Tim Paliatif
15. Tim Penguji Kesehatan Pegawai
16. Tim *Medical Check Up* (MCU)
17. Tim Farmasi dan Terapi
18. Tim Infeksi Khusus
19. Tim Khusus Hemodialisa
20. Tim Penanganan Khusus Bayi Kembar Siam
21. Tim Bedah Jantung
22. Tim Trauma
23. Tim Nutrisi
24. Tim Manajemen Nyeri
25. Tim Kode Biru

-
- 26. Tim Perawatan Luka Bakar dan Stoma
 - 27. Tim Pengelola Perawatan *Home Care* Berbasis Rumah Sakit
 - 28. Tim pengembangan *stem cell* (sel punca)
 - 29. Tim Penanggulangan Bencana
 - 30. Tim *Clinical Pathway*
 - 31. Tim Transplantasi Ginjal
 - 32. Tim Skrining hipothyroid kongenital
 - 33. Tim terapi apheresis
 - 34. Tim Penanganan hipertensi dan penyakit jantung dalam kehamilan
 - 35. Tim Vaksinasi covid 19
 - 36. Tim Surveilans Sentinel Kejadian Ikutan Paska Imunisasi (KIPPI) dan Kejadian Ikutan Dengan Perhatian Khusus (KIPK)

Sejalan dengan tuntutan atau kebutuhan masyarakat yang semakin besar dan mengacu pada keunggulan sumber daya manusia yang dimiliki, ketersediaan sarana dan prasarana yang memadai, serta keinginan yang kuat untuk memberikan pelayanan yang prima kepada masyarakat, sehingga sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis RSHS ditetapkan pelayanan unggulan, sebagai berikut:

- 1. Pelayanan Telesurgery
- 2. Pelayanan Kedokteran Nuklir dan Theranostik Molekular

Pelayanan Pusat Pendapatan (*Revenue Center*)

Sesuai dengan salah satu tujuan dari RSHS, yaitu meningkatnya *cost recovery* rumah sakit untuk menuju kemandirian, telah ditetapkan beberapa unit pelayanan yang diharapkan dapat memberikan kontribusi bermakna terhadap pendapatan (*revenue*) RSHS, yaitu:

- 1. Instalasi Rawat Jalan
- 2. Instalasi Bedah Sentral
- 3. Sub Instalasi Rawat Inap Khusus Paviliun Parahyangan
- 4. Instalasi Farmasi
- 5. Instalasi Gawat Darurat
- 6. Instalasi Pelayanan Jantung

-
7. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik
 8. Pelayanan Pemeriksaan Radiologi
 9. Instalasi Radioterapi
 10. Klinik Aster (Instalasi Teknologi Reproduksi Berbantu)
 11. Pelayanan Rawat Inap lainnya.
 12. Pelayanan Kedokteran Nuklir
 13. Pelayanan Laboratorium Patologi Anatomi

Terhitung tanggal 01 Oktober 2021, ditetapkan Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung No: HK.02.03/X.4.2.1/20001/2021 tentang pengalihan fungsi ruang Perawatan dan kapasitas serta alokasi tempat tidur pasien : Kapasitas tempat tidur (TT) yang di operasionalkan 828 TT, terdiri dari : 26 TT (1,14%) VIP, 2 TT (0,2%) Suite Room, 69 TT (8,33%) Kls I, 113 TT (13,64%) Kls II, 285 TT (34,42%) Kls III, 54 TT (6,52%) Intensif, 90 TT (10,86%) High Care Unit, sisanya adalah ruang isolasi 36 TT (4,34%) dan Non Kelas 23 TT (2,77%).

Pengalihan fungsi ruangan perawatan dengan kapasitas TT : ICU Covid dengan Ventilator 7 TT, ICU Covid tanpa Ventilator 28 TT, Isolasi Covid Non Tekanan Negatif tanpa Ventilator 90 TT, Isolasi Covid Tekanan Negatif tanpa Ventilator 3 TT, Isolasi Covid Tekanan Negatif dengan Ventilator 2 TT.

D. Sistematika Penulisan Laporan Akuntabilitas Kinerja

Sistematika penulisan Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung adalah sebagai berikut:

Pendahuluan yang berisi : kata pengantar, ringkasan eksekutif, daftar isi

BAB I, *Pendahuluan*, menjelaskan tentang latar belakang penulisan laporan, maksud dan tujuan penulisan laporan, kedudukan, tugas pokok, fungsi dan susunan organisasi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung serta sistematika penulisan pelaporan.

BAB II, Dalam bab ini dipaparkan beberapa hal penting dalam perencanaan dan perjanjian kinerja, meliputi:

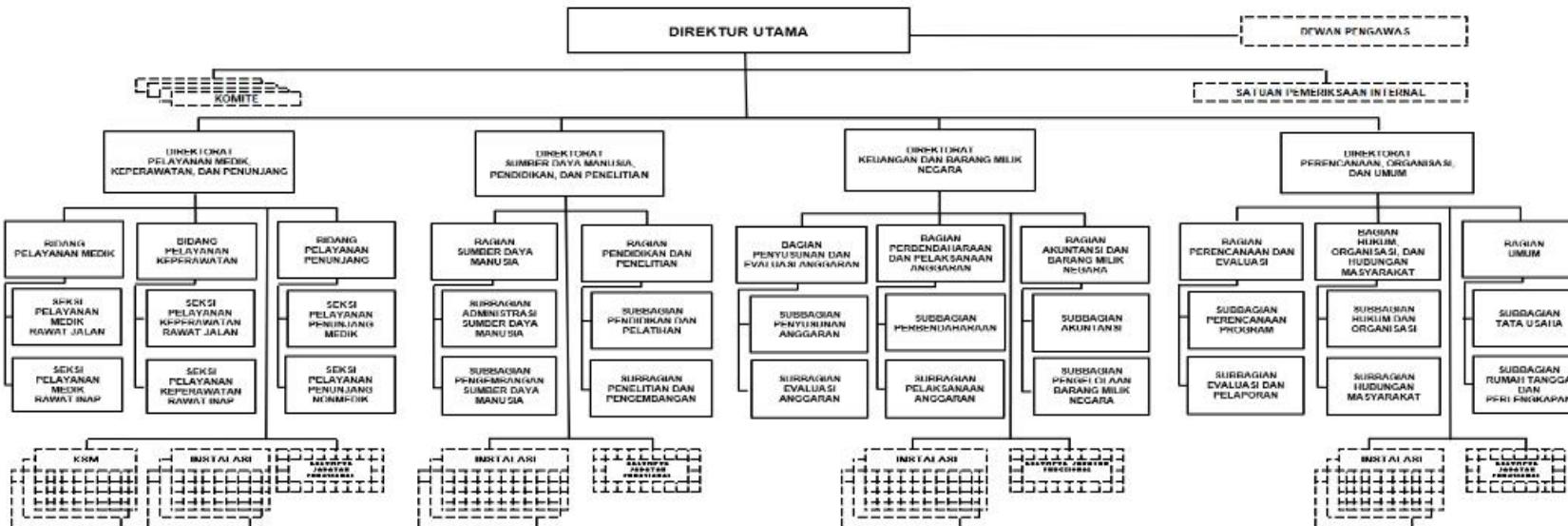
Gambaran singkat Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Hasan Sadikin tahun 2020 - 2024 dan sasaran program/kegiatan yang ingin dicapai selama kurun waktu 5 (lima) tahun dan rencana kerja tahunan serta indikator dan targetnya yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja (penetapan kinerja) yang menggambarkan keterkaitan dengan Renstra/Rencana Lima Tahunan.

Bab III, Akuntabilitas Kinerja dalam Bab ini diuraikan pencapaian sasaran-sasaran, dengan pengungkapan dan penyajian dari hasil pengukuran kinerja, serta analisis capaian kinerja yang objektif dideskripsikan mengenai keberhasilan dan kegagalan, permasalahan serta Usulan Pemecahan Masalah. Pada bab ini disajikan juga SDM, Sumber Daya Anggaran dan Sumber Daya Sarana dan Prasarana.

BAB IV, Penutup, mengemukakan secara umum tentang keberhasilan dan kegagalan, permasalahan dan kendala utama berkaitan dengan kinerja RSHS serta strategi pemecahan masalah yang akan dilaksanakan di tahun 2021.

Lampiran-Lampiran

Gambar 1.1 **Struktur Organisasi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung**



Salinan sesuai dengan aslinya

Kepala Biro Hukum dan Organisasi
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,

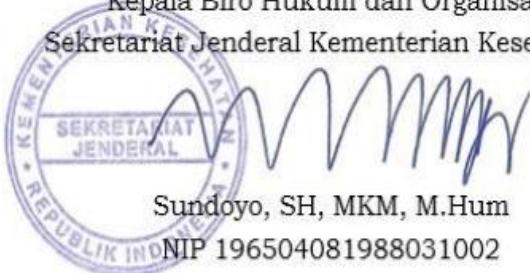
MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

ttd

NILA FARID MOELOEK

Sundoyo, SH, MKM, M.Hum

NIP 196504081988031002



BAB II

RENCANA KERJA TAHUNAN DAN PERJANJIAN KINERJA

Dalam rangka pencapaian visi, misi dan tujuan RSHS sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSHS Tahun 2020 - 2024, ditetapkan sasaran strategis sebagai berikut:

1. Meningkatnya kepuasan pelanggan
2. Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat
3. Meningkatnya utilisasi fasilitas ruangan operasi
4. Terwujudnya proses yang inovatif
5. Terwujudnya proses yang bermutu
6. Meningkatnya akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi
7. Terpenuhinya standar SPA
8. Meningkatnya *employee engagement*
9. Terlaksananya *Lean Culture*
10. Meningkatnya pendapatan
11. Tercapainya efisiensi biaya operasional

Sasaran strategis tersebut di atas merupakan penjabaran rencana strategis yang tertuang dalam RSB RSHS Tahun 2020-2024 dan indikator sasarannya tertuang dalam Rencana Kerja Tahunan RSUP Dr. Hasan Sadikin tahun 2021.

A. Rencana Kerja Tahunan (RKT)

Rencana Kerja Tahunan RSUP Dr. Hasan Sadikin tahun 2021 merupakan rencana tahun pertama dari Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Hasan Sadikin tahun 2020-2024 yang menjadi acuan serta arah kegiatan RSUP Dr. Hasan Sadikin di tahun 2021.

I. Perspektif Stakeholder

a. Meningkatnya Kepuasan Pelanggan

Dengan indikator sasaran sebagai berikut :

- 1) Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat

b. Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat

Dengan indikator sasaran sebagai berikut :

- 2) Persentase Penurunan Jumlah Kematian Ibu di rumah sakit
- 3) Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)

II. Perspektif Proses Bisnis Internal

- c. **Meningkatnya Utilisasi Fasilitas Ruangan Operasi**
 - 4) Persentase Utilisasi Ruangan Operasi
- d. **Terwujudnya Proses yang Inovatif**
 - 5) Jumlah Penelitian yang diterapkan pertahun
 - 6) Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME)
- e. **Terwujudnya Proses yang Bermutu**
 - 7) Persentase kejadian infeksi daerah operasi
 - 8) Persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ <60 menit
 - 9) Waktu Tunggu sebelum operasi elektif < 2 hari
 - 10) Kepatuhan waktu visite Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)
 - 11) Persentase berkas pasien BPJS layak klaim
 - 12) Persentase pemeriksaan deteksi dini kanker
 - 13) Persentase evaluasi capaian indikator mutu di area pelayanan klinis prioritas pertahun
- f. **Meningkatnya Akses dan Mutu Pelayanan Rujukan Terintegrasi**
 - 14) Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal

III. Perspektif Pembelajaran Pertumbuhan

- g. **Terpenuhinya Standar SPA**
 - 15) Persentase pemenuhan ketersediaan Sarana Prasarana
 - 16) Kehandalan Peralatan medis dan non medis (OEE)
- h. **Meningkatnya *employee engagement***
 - 17) Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai
- i. **Terlaksananya *Lean Culture***
 - 18) Jumlah *Lean Project* yang terlaksana

IV. Perspektif Finansial

- j. **Meningkatnya Pendapatan**
 - 19) Pertumbuhan pendapatan pertahun
- j. **Tercapainya Efisiensi Biaya Operasional**
 - 20) Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional

B. Perjanjian Kinerja

Perjanjian kinerja yang ditetapkan dalam penetapan kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung tahun 2021 adalah sebagai berikut :

**Tabel 2.1
Sasaran Strategis, Indikator dan Target Kinerja
RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, tahun 2021**

**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG**



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2021

Dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi pada hasil, kami yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : dr. R. Nina Susana Dewi, Sp.PK.(K),M.Kes, MMRS.

Jabatan : Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : Prof. dr. Abdul Kadir, Ph.D, Sp.THT-KL (K), MARS

Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

Pihak pertama berjanji akan mewujudkan target kinerja yang seharusnya sesuai lampiran perjanjian ini, dalam rangka mencapai target kinerja jangka menengah seperti yang telah ditetapkan dalam dokumen perencanaan. Keberhasilan dan kegagalan pencapaian target kinerja tersebut menjadi tanggung jawab kami.

Pihak kedua akan melakukan supervisi yang diperlukan serta akan melakukan evaluasi terhadap capaian kinerja dari perjanjian ini dan mengambil tindakan yang diperlukan dalam rangka pemberian penghargaan dan sanksi.

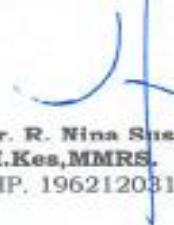
Jakarta, 12 Maret 2021

✓ Pihak Kedua,



Prof. dr. Abdul Kadir, Ph.D, Sp.THT-KL (K), MARS
NIP 196205231989031001

Pihak Pertama



dr. R. Nina Susana Dewi, Sp.PK.(K),
M.Kes, MMRS.
NIP. 196212031988032001

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2021
RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Meningkatnya kepuasan pelanggan	1. Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat	83
2	Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat	2. Persentase penurunan jumlah kematian ibu di rumah sakit	45%
		3. Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)	67%
3	Meningkatnya utilisasi fasilitas ruangan operasi	4. Persentase utilisasi ruangan operasi	52%
4	Terwujudnya proses yang inovatif	5. Jumlah penelitian yang diterapkan per tahun	5
		6. Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME)	100%
5	Terwujudnya proses yang bermutu	7. Persentase kejadian infeksi daerah operasi	≤2%
		8. Persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ <60 menit	80%
		9. Waktu Tunggu Sebelum Operasi Elektif < 2 hari	1,5
		10. Kepatuhan WakTU Visite Dokter Penanggungjawab Pelayanan/DPJP	84%
		11. Persentase berkas pasien BPJS layak klaim	80%
		12. Persentase pemeriksaan deteksi dini kanker	20%
		13. Persentase evaluasi capaian indikator mutu di area pelayanan klinik prioritas pertahun	70%
6	Meningkatnya akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	14. Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	60%
7	Terpenuhinya Standar SPA	15. Persentase Pemenuhan ketersediaan Sarana Prasarana	67%
		16. Kehandalan Peralatan Medis dan Non Medis (OEE)	78%
8	Meningkatnya employee engagement	17. Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai	82
9	Terlaksananya Lean Culture	18. Jumlah Lean Project yang terlaksana	4
10	Meningkatnya pendapatan	19. Pertumbuhan pendapatan pertahun	1%
11	Tercapainya Efisiensi biaya operasional	20. Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional	76%

Program		Anggaran
1. Kegiatan Operasional pelayanan	Rp.	430.377.649.000
2. Kegiatan Akreditasi KARS Internasional	Rp.	2.000.993.000
3. Kegiatan Pengembangan pelayanan RS	Rp.	60.429.812.000
4. Pengadaan, pembinaan dan pengembangan SDM berbasis Kompetensi	Rp.	478.912.559.000
Total		971.721.013.000

Jakarta, 12 Maret 2021

✓ Pihak Kedua,



Prof. dr. Abdul Kadir, Ph.D, Sp.THT-KL(K), MARS
NIP 196203231989031001

Pihak Pertama



dr. R. Nina Susana Dewi, Sp.PK.(K),
M.Kes, MMRS.
NIP. 196212031900032001

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

A. Pengukuran dan Analisis Pencapaian Kinerja

Guna mengetahui tingkat capaian kinerja terhadap standar, rencana atau target dari masing-masing indikator, maka dapat dilakukan pengukuran kinerja untuk mengetahui tercapainya sasaran strategis. Pengukuran kinerja diperlukan untuk mengetahui realisasi atau capaian kinerja yang dilakukan oleh RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dalam kurun waktu Januari sampai dengan Desember 2021

Tahun 2021 merupakan tahun kedua pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung tahun 2020-2024. Pengukuran kinerja dilakukan dengan membandingkan realisasi capaian dengan rencana tingkat capaian (target) pada setiap indikator, sehingga diperoleh gambaran tingkat keberhasilan pencapaian masing-masing indikator.

Berdasarkan pengukuran kinerja tersebut diperoleh informasi masing-masing indikator, sehingga dapat ditindaklanjuti dalam perencanaan program/kegiatan di masa yang akan datang agar setiap program/kegiatan yang direncanakan dapat lebih berhasil-guna dan berdaya-guna.

Selain untuk mendapat informasi mengenai masing-masing Indikator, pengukuran kinerja ini juga dimaksudkan untuk mengetahui kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, dibandingkan dengan target di dalam Rencana Strategis Bisnis (RSB) 2020 - 2024. Manfaat pengukuran kinerja antara lain memberikan gambaran kepada pihak-pihak internal dan eksternal tentang pelaksanaan misi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dalam rangka mewujudkan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam dokumen Kinerja Utama dan Penetapan Kinerja.

Sasaran merupakan hasil yang akan dicapai secara nyata oleh RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dalam rumusan yang lebih spesifik, terukur dalam kurun waktu 1 (satu) tahun. Dalam rangka mencapai sasaran, perlu ditinjau indikator-indikator dari masing-masing sasaran yang telah ditetapkan. Sasaran RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung adalah sebagai berikut:

Tabel 3.1
Capaian Kinerja RSHS tahun 2021

N O	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET TAHUN 2021		REALISASI TAHUN 2020	REALISASI TW I TAHUN 2021	REALISASI SEM 1 THN 2021	REALISASI TW III TAHUN 2021	REALISASI TAHUN 2021
I	Perspektif Stakeholder								
1	Meningkatnya kepuasan pelanggan	1 Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat	skor	83	76,67	-	76,65	-	76,62
2	Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat	2 Persentase penurunan jumlah kematian ibu di rumah sakit	%	45	25	81	41,67	-2,78	-33,33
		3 Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)	%	67	63	64,67	63,94	59,4	62,53
II	Perspektif Proses Bisnis Internal								
3	Meningkatnya utilisasi fasilitas ruangan operasi	4 Persentase utilisasi ruangan operasi	%	52	43,77	42,87	45,82	31,38	44,42
4	Terwujudnya Pengembangan Proses Inovatif	5 Jumlah Penelitian yang diterapkan pertahun	Bua h	5	3	-	-	-	5
		6 Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME)	%	100	100	38	77	77	100
5	Terwujudnya proses yang bermutu	7 Persentase kejadian infeksi daerah operasi	%	≤2	1,42	0,31	0,63	0,92	0,65
		8 Persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ <60 menit	%	80	69,7	87,41	87,44	88,73	87,67
		9 Waktu Tunggu sebelum operasi elektif < 2 hari	skor	1,5	2	2	2	2	2
		10 Kepatuhan Waktu Visite Dokter Penanggungjawab Pelayanan/DPJP	%	84	89,73	84,63	91,53	98,64	95,45
		11 Persentase berkas pasien BPJS layak klaim	%	80	87,51	82,96	86,02	87,02	86,12
		12 Persentase pemeriksaan deteksi dini kanker	%	20	223	27,84	36	45	43
		13 Persentase evaluasi capaian indikator mutu di area pelayanan klinis prioritas pertahun	%	70	68,97	88,89	76,47	80	75
6	Meningkatnya akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	14 Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	%	60	45	96,23	97,56	99,18	96,32
III	Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan								
7	Terpenuhinya Standar SPA	15 Persentase pemenuhan ketersediaan SP	%	67	66,88	65,69	67,15	67,43	68,13
		16 Kehandalan Peralatan medis dan non medis (OEE)	%	78	76,21	72,93	71,66	68,78	73,22
8	Meningkatnya employee engagement	17 Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai	%	82	83	-	79	-	82

9	Terlaksananya Lean Culture	18	Jumlah <i>Lean Project</i> yang terlaksana	Buah	4	4	2	2	3	4
IV	Perspektif Finansial									
10	Meningkatnya pendapatan	19	Pertumbuhan pendapatan pertahun	%	1	1,91	-47,97	-15,47	-15,10	-2,87
11	Tercapainya Efisiensi biaya operasional	20	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional	%	76	84,25	52,77	66,82	72,41	90,97

1. Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020 dan tahun 2021 serta terhadap jangka menengah tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.2
Capaian Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat

Realisasi Pengukuran survei Kepuasan masyarakat	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
	83	76,67	83	76,62	85
Capaian	92,37%		92,31%		90,14%

Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat adalah nilai, data dan informasi tentang tingkat kepuasan masyarakat yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif dan kualitatif atas pendapat masyarakat dalam memperoleh pelayanan dari aparatur penyelenggara pelayanan publik dengan membandingkan antara harapan dan kebutuhannya. Formula perhitungan yang digunakan adalah total dari nilai persepsi perunsur dibagi total unsur yang terisi dikali nilai penimbang.

Survei Kepuasan Masyarakat RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dilakukan 2 kali dalam setahun (persemester). Metode penyebaran kuesioner menggunakan Blast WhatsApp (WA) pada nomer telpon pasien yang terdaftar sebagai pasien RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung periode Januari – Juni (Survei Semester 1) dan Juli - Desember 2021 (Survei Semester 2).

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan Nilai SKM :

$$\begin{aligned}
 &= (\text{Total dari nilai persepsi per unsur dibagi total unsur yang terisi dikali nilai penimbang}) \times \text{nilai dasar} \\
 &= 3,065 \times 25 = \mathbf{76,62}.
 \end{aligned}$$

Perhitungan Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat tahun 2021 ditargetkan skor 83, realisasi mencapai skor 76,62 atau 92,31%. Progres capaian kinerja tahun 2021 terhadap jangka panjang menengah tahun 2024 terpenuhi sebesar 90,14%. Jika dibandingkan dengan standar Kemenkes dengan skor 80 tercapai sebesar 95,78%.

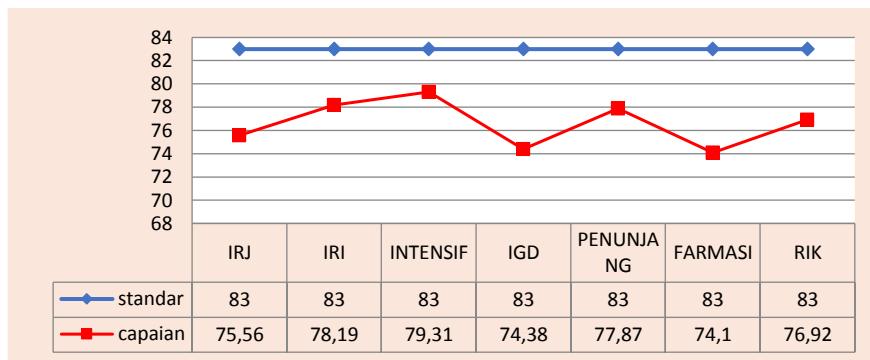
Hasil survey tahun 2021 mengalami penurunan dibandingkan dengan hasil survey tahun 2020 yaitu sebesar 76,67.

Hasil survey tahun 2021 menunjukkan bahwa secara keseluruhan kualitas kinerja pelayanan bagi masyarakat pengguna jasa RSUP Dr. Hasan Sadikin dapat dikategorikan **BAIK** dengan perolehan Indeks Kepuasan Masyarakat sebesar **76,62** berada dalam interval **76,61-88,30**. Nilai IKM dihitung dengan menggunakan “nilai rata-rata tertimbang” masing-masing unsur pelayanan. Dalam Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2017, terdapat 9 unsur pelayanan dan dikembangkan menjadi 13 unsur yaitu 1) Persyaratan, 2) Sistem, Mekanisme dan Prosedur, 3) Waktu Penyelesaian, 4) Biaya/tarif, 5) Produk Spesifikasi jenis pelayanan, 6) Kompetensi pelaksana Dokter, 7) Kompetensi pelaksana Perawat, 8) Kompetensi pelaksana Dokter, 9) Perilaku pelaksana Dokter, 10) Perilaku pelaksana Perawat, 11) Perilaku pelaksana Petugas Administasi, 12) Sarana dan prasarana, 13) Penanganan pengaduan, saran dan masukan yang dikaji. Setiap unsur pelayanan memiliki penimbang yang sama.

Kendala :

Dari hasil nilai yang diperoleh terdapat unsur-unsur yang memiliki nilai terendah untuk dijadikan sebagai prioritas pembenahan. Berikut ini nilai IKM yang diperoleh beserta prioritas yang harus dibenahi pada semester 2 Tahun 2021 :

Grafik 3.1
Rekapitulasi Hasil Nilai IKM Semester 2 Tahun 2021



Unsur nilai terendah dari seluruh unit pelayanan diantaranya yaitu:

Tabel 3.3
Prioritas Perbaikan IKM Semester 2 Tahun 2021

NO.	UNIT PELAYANAN	PRIORITAS PELAYANAN
1.	Instalasi Rawat Jalan	Kualitas Prasarana
2.	Instalasi Rawat Inap	Kualitas Prasarana
3.	Intensif	Kualitas Prasarana
4.	Instalasi Gawat Darurat	Kualitas Prasarana
5.	Penunjang	Kualitas Prasarana
6.	Farmasi	Kualitas Prasarana

Selain memperoleh nilai IKM, melalui kolom saran dan masukan responden tentang pelayanan di seluruh area RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. Adapun saran dan masukan masyarakat sebagai pengguna layanan tersebut dapat dijadikan dasar untuk rencana tindak lanjut seluruh unit terkait agar mencapai target yang diinginkan. Berikut ini saran/pendapat dari responden IKM RSHS di Semester 1 yang perlu ditindaklanjuti di semester 2 tahun 2021:

Tabel 3.4
Saran Dan Masukan Responden

NO	LOKASI	Saran dan Masukan
1	Rawat Jalan	<ul style="list-style-type: none"> • Toilet rusak dan kotor • Ruang tunggu kurang • Petugas kurang ramah • Alur pendaftaran kurang jelas
2	RIK	<ul style="list-style-type: none"> • Kurangnya area parkir • Jenis makanan kurang bagus • Kebersihan Toilet • Reservasi online kurang valid
3	INSTALASI RAWAT INAP	<ul style="list-style-type: none"> • Kebersihan toilet kotor • Ruang tunggu kurang • Pelayanan administrasi pasien pulang dipercepat
4	INSTALASI GAWAT DARURAT	<ul style="list-style-type: none"> • Sulitnya sarana toilet • Toilet kotor • Pelayanan kurang cepat • Pelayanan dokter muda (residen) mendapat respon kurang baik dari pasien
5	INTENSIF	<ul style="list-style-type: none"> • Ruang tunggu kurang • Informasi kondisi pasien kepada keluarga ditingkatkan lagi • Toilet kotor
6	PENUNJANG	<ul style="list-style-type: none"> • Kebersihan toilet dan ruang tunggu • Kurangnya lahan parkir • Antrian lama • Kuota antrian diperbanyak agar tidak menunggu lama

Upaya tindaklanjut :

Tindak lanjut perbaikan pada temuan survey Semester 1 Tahun 2021 dilakukan sesuai dengan prioritas perbaikan pada kualitas sarana prasarana diantaranya ruang tunggu, ruang periksa, ruang rawat, toilet dan bangunan lainnya. Saran dan masukan yang mengarah pada prioritas perbaikan yaitu fasilitas ruang tunggu dan toilet. Berikut ini adalah program kegiatan yang dilakukan pada semester 2 tahun 2021 sebagai berikut :

a. Instalasi Kesling

1. Pengawasan langsung secara rutin dilakukan oleh Kesling dan Panitia Penerima

2. Menambah frekuensi kebersihan dilapangan jika dimungkinkan setiap jam dibersihkan
 3. Penambahan jumlah petugas Cleaning Service tahun 2022 sebanyak 12 orang : 6 orang di area Gedung anggrek, 3 orang di area EU-COT, dan 3 orang di area Instalasi Rawat Inap
 4. Membangun dan menerapkan Aplikasi Monev petugas kebersihan toilet oleh IKL dan Vendor CS
 5. Konsekuensi vendor CS yang belum sesuai standar (wangi dan bersih) :
 - Teguran
 - SP 1
 - SP 2
 - Putus kontrak
- b. IPSRS
1. Perbaikan toilet EU-COT Lt 1-2 (18 November 2021)
 2. Perbaikan toilet Adenium (29 Juni – 29 Agustus 2021)
 3. Perbaikan Toilet untuk disabilitas dan tempat Wudhu di IRJ/ Gedung anggrek (24 Agustus- November 2021)
- c. Bagian Umum
- Penambahan kursi tunggu area pelayanan 15 buah di IRJ dan IGD (September 2021)

Gambar 3.1**Program kegiatan tindak lanjut IKM Semester 1 tahun 2021**

Sosialisasi tentang hasil Survey Kepuasan Masyarakat kepada Petugas Kebersihan dan pengarahan terkait upaya meningkatkan kebersihatan toilet di lingkungan RSHS

Gambar 3.2
Upaya meningkatkan kebersihatan toilet di lingkungan RSHS



Menambah frekwensi pembersihan di toilet umum

Gambar 3.3
Progress perbaikan toilet di Gedung Anggrek



2) Persentase Penurunan Jumlah Kematian Ibu di Rumah Sakit

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020 dan tahun 2021 serta terhadap jangka menengah tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.5
Capaian Persentase Penurunan Jumlah Kematian Ibu di Rumah Sakit

Realisasi Persentase Penurunan Jumlah Kematian Ibu di Rumah Sakit	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
	50%	75%	45%	-33.33%	75%
Capaian	66,67%		-74,07%		-44,44%

Persentase penurunan jumlah kematian ibu adalah menurunnya jumlah kematian ibu tahun berjalan dibandingkan dengan baseline kematian ibu tahun 2019. Kematian ibu adalah kematian ibu yang disebabkan karena kehamilan, persalinan sampai dengan 42 hari pasca salin akibat semua sebab yang terkait dengan atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan/cedera. Formula perhitungan yang digunakan adalah $100\% - (\text{Jumlah kematian ibu tahun berjalan}/\text{baseline jumlah kematian ibu} \times 100)$.

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan Persentase penuruan jumlah kematian ibu :

$$\begin{aligned}
 &= 100\% - [\{\text{Jumlah kematian ibu tahun berjalan} / \text{Jumlah kematian ibu baseline}\} \times 100\%] \\
 &= 100\% - [\{41/46\} \times 100\%] = 100\% - 89,13 = -33,33\%
 \end{aligned}$$

Persentase jumlah penurunan kematian ibu di RSHS tahun 2021 ditargetkan 45%, realisasi persentase jumlah penurunan kematian ibu di RS tidak mencapai target, realisasi bukan penurunan tapi malah mengalami kenaikan sehingga capaian sebesar -33,33% atau -74,07%. Progres capaian kinerja tahun 2021 terhadap jangka panjang menengah tahun 2024 terpenuhi sebesar -44,44%. Jumlah kelahiran hidup di RSHS pada Tahun 2021 adalah 1.600 persalinan. Jumlah kematian ibu pada tahun 2021 adalah 48 orang. Capaian Tahun 2021 menurun dibandingkan dengan capaian Tahun 2020 sebesar 66,67%.

Diagnosis terbanyak adalah respiratory failure (31 kasus), cardiac arrest (5 kasus), multi organ failure (4 kasus), syok hipovolemik (4 kasus), susp arrithmya (1 kasus) dan syok septik (1 kasus) dan suspect acute fatty liver in pregnancy. Berdasarkan diagnosis primer, terkonfirmasi covid sebanyak 18 pasien pada Tahun 2021.

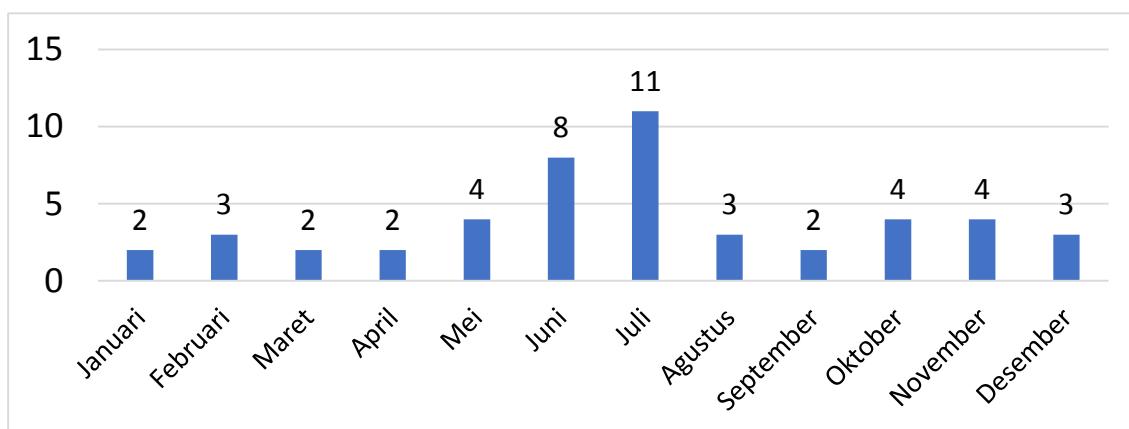
Kendala :

Pada Semester kedua Tahun 2021, terdapat Kendala yaitu sulitnya penanganan kasus Covid-19 ibu hamil.

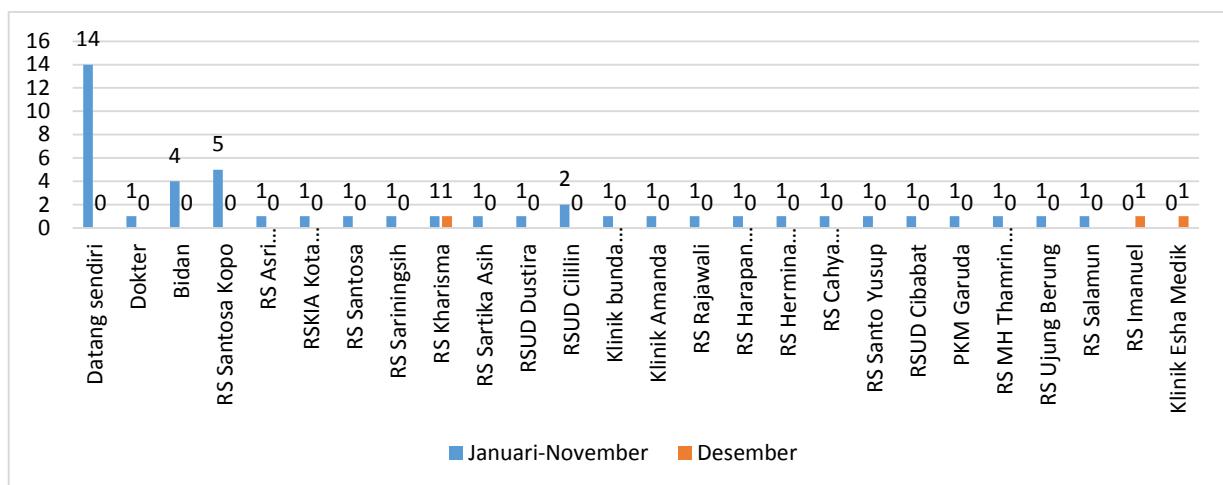
Upaya Tindaklanjut :

1. Disediakan ruang covid khusus ibu hamil di IGD
2. Mengosongkan 1 tempat tidur di intensive care untuk pasien ibu hamil yang tiba-tiba respiratory failure
3. Membuat rujukan berbasis IT khusus maternal Membuat PONEK khusus Covid-19 Bersama dengan ruang perawatan, intensive care dan perinatology
4. Pertemuan Direksi RSHS dengan Kadinkes Prov, Dinkes Kab/Kota dan Direktur RS Kab/Kota Bandung dan Bandung Barat
5. Pengadaan sarana/prasarana (USG, CTG, Doptone, dll) di ruang perawatan Covid-19

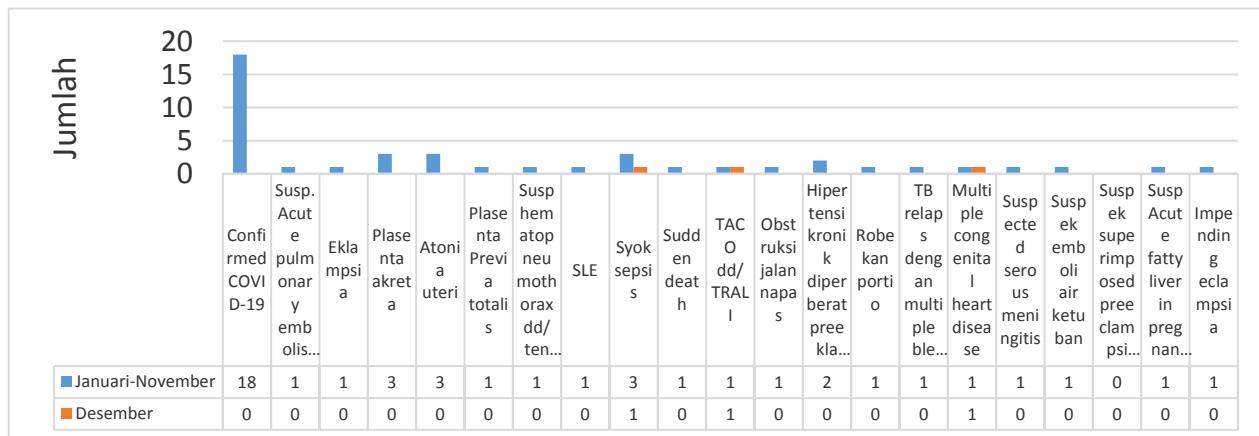
**Grafik 3.2
Jumlah Kematian Ibu Periode Januari – Desember 2021**



**Grafik 3.3
Jumlah Kematian Ibu Periode Januari – Desember 2021
Berdasarkan Asal Rujukan (N 27)**



Grafik 3.4
Jumlah Kematian Ibu Periode Januari – Desember 2021
Berdasarkan Diagnosis Primer (N=27)



3) Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020 dan tahun 2021 serta terhadap jangka menengah tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.6
Capaian Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)

Realisasi Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
	72%	63%	67%	62,53%	56%
Capaian	114,29%		106,67%		88,34%

Angka Kematian Neonatal Dini (AKND) adalah jumlah kematian bayi usia 0-6 hari per 1.000 kelahiran hidup di RSHS. Formula perhitungan yang digunakan

adalah jumlah kematian neonatal dini dibagi jumlah kematian neonatal lahir hidup dikali 100.

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan Angka Kematian Neonatal Dini :

$$\begin{aligned}
 &= (\text{Jumlah kematian neonatal dini}/\text{Jumlah lahir hidup}) \times 1000 \\
 &= (105/1679) \times 1000 \\
 &= 62,53\%
 \end{aligned}$$

Nilai normatif AKB adalah sebagai berikut: ■ 70 sangat tinggi, ■ 40 – 70 tinggi, ■ 20-39 sedang, ■ dan <20 rendah.

Capaian Angka Kematian Neonatal Dini (AKND) pada tahun 2021 ditargetkan sebesar 67%, realisasi mencapai 62,53% atau 106,67%. Progres capaian kinerja tahun 2020 terhadap jangka panjang menengah tahun 2024 terpenuhi sebesar 88,34%. Jika dilihat dari nilai normatif AKB nasional (dalam BPS), capaian AKND RSHS masuk dalam kategori tinggi.

Capaian Angka Kematian Neonatal Dini dalam RSB dilaporkan secara tahunan, menunggu denominator mencapai 1000 kelahiran hidup agar capaian lebih valid dengan jumlah populasi yang cukup. Capaian Januari sampai dengan Desember 2021 menurun bila dibandingkan dengan capaian Januari sampai dengan Desember 2020 diakibatkan jumlah kasus rujukan bayi baru lahir yang mengalami penurunan di RSHS terutama di masa pandemi.

Kendala :

1. Sarana dan prasarana penunjang di ruang Anturium untuk penanganan bayi dengan resiko tinggi (Respiratory Distres Syindrom dan BBLR) masih terbatas seperti infant warmer, inkubator, nasal cpap, monitor;
2. Rasio jumlah tenaga perawat dengan jumlah pasien tidak seimbang. Berdasarkan perhitungan beban kerja, untuk di ruang NICU jumlah perawat 22 seharusnya dibutuhkan 25 perawat, dan ruang anturium terdapat 45 perawat dari permintaan 60 Perawat ;
3. Ruang perawatan NICU berkurang

Upaya Tindaklanjut :

1. Mengusulkan kebutuhan sarana dan prasarana penunjang untuk perawatan bayi dengan resiko tinggi (Respiratory Distres Syindrom dan BBLR)
2. Mengusulkan penambahan jumlah SDM (perawat)
3. Mengusulkan penambahan kapasitas NICU

Tabel 3.7
Perbandingan Jumlah Kasus Kematian Neonatal Dini Lahir Hidup
DI RSHS Periode 2020 – 2021

BULAN	2020			2021		
	LAHIR HIDUP	KND	AKND*(%)	LAHIR HIDUP	KND	AKND*(%)
Januari	237	17	71,72995781	158	9	56,96
Februari	200	12	60	112	9	80,36
Maret	206	17	82,52427184	132	1	90,91
April	165	14	84,84848485	132	5	37,88
Mei	174	7	40,22988506	210	1	76,19
Juni	202	11	54,45544554	163	6	36,81
Juli	143	8	55,94405594	161	4	24,84
Agustus	193	14	72,5388601	116	7	60,34
September	127	6	47,24409449	145	1	68,97
Oktober	146	6	41,09589041	100	6	60
November	154	11	71,42857143	118	9	76,27119
Desember	134	8	59,70149254	132	1	90,90909
TOTAL	2081	13	62,95050457	1679	1	62,53
TARGET	72			67		

4. Persentase Utilisasi Ruangan Operasi

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020 dan tahun 2021 serta terhadap jangka menengah tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.8
Utilisasi Ruangan Operasi

	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
Capaian Persentase Utilisasi Ruangan Operasi	70%	43,77%	52%	44,42%	68%
Capaian		62,53%		85,42%	63,16%

Persentase utilisasi ruangan operasi adalah jumlah waktu yang digunakan sejak pasien masuk kamar operasi sampai dengan pasien keluar kamar operasi dibagi dengan jumlah waktu kerja efektif dikali 1000%.

Utilisasi kamar operasi adalah waktu *actual* yang diperlukan untuk melakukan tindakan operasi ditambah *turn over* (waktu perpindahan operasi) dibagi dengan waktu yang tersedia, dimana *turn over* dirata-ratakan selama 15 menit.

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Persentase utilisasi ruangan operasi

- = Persentase utilisasi ruangan operasi adalah jumlah waktu yang digunakan sejak pasien masuk kamar operasi sampai dengan pasien keluar kamar operasi dibagi dengan jumlah waktu kerja efektif dikali 1000%.
- = $(33.240,51/74.835) \times 100\%$
- = 44,42%

Utilisasi kamar operasi pada tahun 2021 ditargetkan sebesar 52%, realisasi mencapai 44,42% atau 85,42%. Progres capaian kinerja tahun 2021 terhadap jangka panjang menengah tahun 2024 terpenuhi sebesar 63,16%.

Capaian Persentase Utilisasi Ruang Operasi Tahun 2021 meningkat dibandingkan dengan capaian tahun 2020.

Kendala :

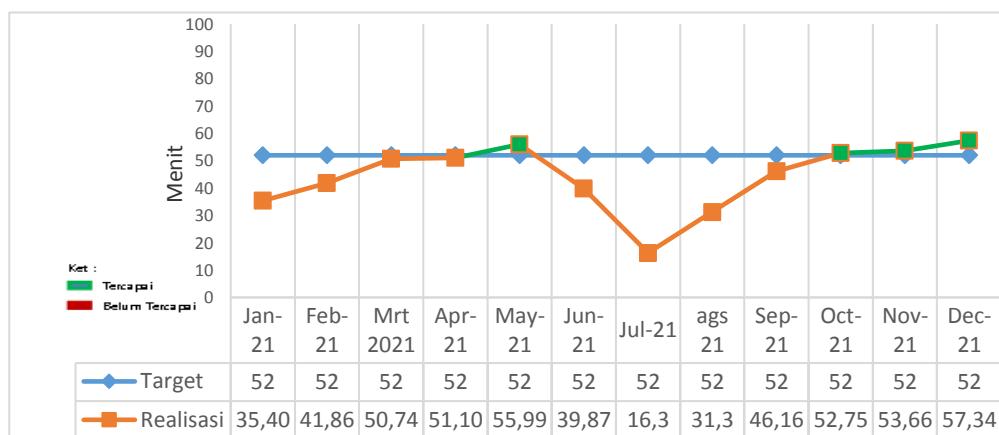
1. Reward terhadap pegawai belum sesuai harapan (operator, perawat, PJ Kamar, PJ alat) juga termasuk pembayaran overtime yang belum jelas;
2. Terbatasnya SDM di kamar operasi Instalasi Bedah Sentral;
3. Kamar operasi belum digunakan secara maksimal
4. Kurangnya pelatihan untuk perawat kamar operasi Instalasi Bedah Sentral;
5. maintenance alat belum rutin
6. Stigma RSHS kurang nyaman
7. Ruang transit PCR dan ruang intensif terbatas

8. Waktu insisi dan TOT belum sesuai
9. Alokasi kamar operasi belum sesuai dengan daftar antrian operasi terbaru

Upaya Tindaklanjut :

1. Reward terhadap kinerja DPJP IKU IBS > IKU unit lain
2. Penambahan SDM untuk mencukupi penambahan shift
3. Penambahan waktu layanan OK (diluar jam kerja/hari sabtu minggu)
4. Pengajuan pelatihan untuk staf kamar operasi
5. Koordinasi dengan Bidang Penunjang Medik untuk penjadwalan maintenance di kamar operasi
6. Perbaikan sarana dan prasarana di RSHS
7. Ruang intensif khusus surgical, penambahan kapasitas ruang transit PCR
8. Komitmen bersama antara operator, dokter anestesi, perawat kamar operasi, perawat ruangan, CS, absensi finger print di OK.
9. Kesepakatan antar KSM untuk dibuat jadwal alokasi kamar baru

Grafik 3.5
Persentase Utilisasi Kamar Operasi Periode Januari-Desember 2021



5. Jumlah Penelitian Yang Diterapkan Pertahun

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020 dan 2021 serta terhadap jangka menengah tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.9
Capaian Jumlah Penelitian yang Diterapkan Pertahun

	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2024

Jumlah Penelitian yang diterapkan pertahun	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
	3 Penelitian	3 Penelitian	5 Penelitian	5 Penelitian	11 Penelitian
Capaian	100%		100%		45,45%

Jumlah Penelitian yang diterapkan pertahun adalah jumlah penelitian staf medis dan non-medis RSHS selama setahun yang diterapkan dalam pelayanan RS. Penelitian tidak harus dipublikasikan.

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan jumlah penelitian yang diterapkan pertahun :

Jumlah penelitian yang diterapkan pertahun = 5 buah

Jumlah penelitian yang diterapkan pertahun pada tahun 2021 ditargetkan sebanyak 5 penelitian, realisasi mencapai 5 penelitian atau 100%. Progres capaian kinerja tahun 2021 terhadap jangka panjang menengah tahun 2024 terpenuhi sebesar 45,45%.

Tabel 3.10
Judul Penelitian Yang diterapkan pertahun Tahun 2021

NO	PENELITI	JUDUL PENELITIAN	JURNAL	INDEX SCOPUS	CONCLUSION
1	Riyadi Adrizain, Siti Jubaedah, Eva Nursanty Fitriany, Rudi Wicaksana, Yovita Hartantini, Delta Pribatini, Dewi Kartika Turbawati, Basti Andriyoko, Ahmad Ramdan, Iwan Abdul Rachman, Melati Sudiro, Una Lasminingrum	Impact of social activity restriction and routine patient screening as a preventive measurement for tertiary referral hospital staff in a country with high COVID-19 incidence	IJID Regions 2		Routine testing for staff, patients and caregivers, vaccination booster programs, continuing education of health care workers, and government policy, such as social activity restriction, are needed to protect frontline workers
2	Susi Susarah, Lulu Eva Rakhamilla, Mohammad Ghazali, Jessica Oktavianus Trisaputra, Octawayana Moestopo, Yunia Sribudiani, Ponpon S. Idjradinata, and Ani Melani Maskoeno	Iron Status in Newly Diagnosed β-Thalassemia Major: High Rate of Iron Status due to Erythropoiesis Drive	Hindawi BioMed Research International	Q2	In newly diagnosed β-thalassemia major, an increase in iron status occurred. This may be caused by increased iron absorption due to massive erythropoietic activity, characterized by an increase in GDF15 levels, which does not cause hepcidin suppression. The iron homeostasis response seems to be physiologically indicated by a tendency to increase hepcidin levels
3	Vebri Valentina, Dadang H. Somasetia, Dany Hilmanto, Djatmika Setiabudi, Heda Melinda N. Nataprawira	Modified PIRO (predisposition, insult, response, organ dysfunction) severity score as a predictor for mortality of children with pneumonia in Hasan Sadikin Hospital, Bandung, Indonesia	Multidisciplinary Respiratory Medicine 2021; Volume 16: 735	Q2	Modified PIRO severity score can be used as a sorting tool and predictor of mortality risk in children with pneumonia. This score can also be used to select candidates for intensive care, especially in health facilities with limited intensive care capacity
4	Nur Melani Sari, Lulu E. Rakhamilla, Muhammad Hasan Bashari, Zulfan Zazuli, Nur Suryawan, Susi Susanah, Lelani Reniarti, Harry Raspati, Eddy Supriadi, Gertjan J L Kaspers Ponpon Idjradinata	Monitoring Of High-Dose Methotrexate (Mtx)-Related Toxicity and Mtx Levels In Children with Acute Lymphoblastic Leukemia: A Pilot-Study in Indonesia	Asia Pacific Journal of Cancer Prevention; Volume 22	Q2	Serum MTX levels at 24-hours and 48-hours are low, followed by only 4.4% grade III/IV hepatotoxicity and 26.4% grade III/IV neutropenia. There is no significant association between the clinical toxicity and MTX levels at the two points of measurement. An attempt to increase the MTX dose and/or to introduce a loading dose should be considered in subsequent ALL protocol as supported by further pharmacokinetic MTX studies in the Indonesian population
5	Susi Susanah, Harry Raspati, Nur Melani Sari, Lulu Eva Rakhamilla, Yunia Sribudiani, Octawayana Moestopo, Puspasari Sinaga, Ponpon Idjradinata, and Ani Melani Maskoeno	Serum TNF-α Level as a Possible Predictor of Inhibitor Levels in Severe Hemophilia A	Hindawi BioMed Research International	Q2	The prevalence of FVIII inhibitor in severe PWHA in West Java, Indonesia, was 41.6%. The frequency of replacement therapy is a risk factor for inhibitor development. Serum TNF-α level might be used to differentiate between high and low inhibitor levels in severe hemophilia A, and this might support decision making regarding treatment options for inhibitor in severe hemophilia A

Capaian tahun 2021 telah mencapai target, namun masih ada kendala yang dihadapi :

Kendala :

1. Penelitian yang sudah/sedang dilaksanakan kebanyakan merupakan kewajiban akademik.
2. Belum memberikan kemanfaatan bagi Rumah Sakit.

Upaya Tindak Lanjut :

1. Memilah penelitian translasional yang dapat diterapkan.
2. Berkoordinasi dengan unit terkait pelaksanaan penelitian dan memberikan rekomendasi kepada Komite Medik untuk menuangkan hasil penelitian tersebut dalam kebijakan (SK, CP, PPK, SPO).

6. Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME)

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020 dan 2021 serta terhadap jangka menengah tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.11
Capaian Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME)

Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME)	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
Capaian	100%	100%	100%	100%	100%

Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME) adalah suatu rekam data elektronik berupa data mengenai informasi kesehatan seorang individu yang dikumpulkan, dikelola, dan dikonsultasikan oleh tenaga kesehatan serta staf RS yang memiliki hak kewenangan. Formula yang digunakan yaitu : 1) Sistem RME terdapat di semua pelayanan yaitu rawat jalan, rawat inap, laboratorium, farmasi, IGD, radiologi, dan terintegrasi lengkap, nilai 100; 2) Sistem RME terdapat di semua pelayanan yaitu rawat jalan, rawat inap, laboratorium, farmasi, IGD, radiologi, namun belum terintegrasi lengkap, nilai 75; 3) Sistem RME terdapat di 5 pelayanan utama yaitu rawat jalan, rawat inap, laboratorium, farmasi, IGD, nilai 50; 4) Sistem RME terdapat di 3 pelayanan utama yaitu rawat jalan, rawat inap, IGD, nilai 25.

Capaian/Kondisi yang dicapai :

Sistem RME terdapat di semua pelayanan yaitu rawat jalan, rawat inap, laboratorium, farmasi, IGD, radiologi, dan terintegrasi lengkap = 100%

Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME) pada tahun 2021 ditargetkan sebesar 100%, realisasi mencapai 100%. Capaian tahun 2021 dan 2020 sama sebesar 100%. Progres capaian kinerja tahun 2021 terhadap jangka panjang menengah tahun 2024 terpenuhi sebesar 100%.

Tabel 3.12
Penerapan Pelayanan EMR Tahun 2021

NO	PELAYANAN	DITERAPKAN	TERINTEGRASI (digital dan real time)
1	Gawat Darurat	(ya)	(ya)
2	Rawat jalan	(ya)	(ya)
3	Rawat Inap	(ya)	(ya)
4	Laboratorium	(ya) LIS (<i>Laboratorium Information System</i>)	(ya)
5	Radiologi	(ya) PACS-RIS (<i>radiology Information System</i>)	(ya)
6	Farmasi	(ya) E - Prescribing	(ya)

Gambar 3.9
Penyusunan Panduan EMR di Instalasi Rekam Medik



Gambar 3.5
Sosialisasi EMR



Gambar 3.6
Telusur Pendampingan



Kendala :

Walaupun realisasi sudah mencapai 100% namun masih terdapat permasalahan di dalam Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME), antara lain yang menjadi kendala antara lain :

1. Aplikasi pengelolaan data rekam medis digital di Instalasi Rekam Medis belum optimal
2. riwayat pasien sebelumnya dan form rekam medis yang belum ditarik perlu disatukan dengan data EMR
3. Masih bbrp kali terjadi downtime tidak terencana/kendala jaringan
4. Masih ada beberapa kendala aplikasi EMR (rawat jalan, gawat darurat, rawat inap)
5. Penggunaan oleh PPA belum optimal

6. Belum semua standar akreditasi rumah sakit terfasilitasi dalam aplikasi EMR

Upaya tindak lanjut :

1. Penyelesaian aplikasi pengelolaan EMR Instalasi Rekam Medis
2. Permohonan pengadaan alat scanner tambahan
3. Sosialisasi prosedur downtime dan pengadaan alat scanner tambahan
4. Perbaikan aplikasi pengelolaan EMR
5. Monev pengisian dan Feedback ke PPA oleh PIC Tim Monev Rekam Medis, sosialisasi dan pelatihan EMR
6. Koordinasi dengan Pokja Akreditasi Rumah Sakit untuk kebutuhan pemenuhan standar dalam EMR dan penyempurnaan aplikasi EMR

7. Persentase Kejadian Infeksi Daerah Operasi

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020 dan 2021 serta terhadap jangka menengah tahun 2024, yaitu :

**Tabel 3.13
Capaian Presentase Kejadian Infeksi Daerah Operasi**

Realisasi Presentase Kejadian Infeksi Daerah Operasi	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
≤2%	1.42%	≤2%	0,65%	≤1%	
Capaian	140,85%		167,50%		65%

Infeksi daerah operasi adalah infeksi yang terjadi pada daerah insisi daerah operasi dalam waktu 30 hari tanpa implan dan 90 hari dengan implan pasca bedah. Formula yang digunakan yaitu jumlah kasus infeksi daerah operasi dalam satu bulan (orang)/jumlah seluruh pasien operasi x 100%.

Capaian/kondisi yang dicapai :

Jumlah kasus infeksi daerah operasi dalam satu bulan (orang) / Jumlah seluruh pasien operasi x 100%
= (25/3838) x 100% = 0,65%

Angka kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO) pada Tahun tahun 2021 yaitu 0,65%. Angka tersebut mencapai target yaitu <2 %. Terdapat peningkatan capaian kinerja dibanding tahun 2020 sebesar 26,65%. Progres capaian kinerja

tahun 2021 terhadap jangka panjang menengah tahun 2024 terpenuhi sebesar 65%. Jika dibandingkan dengan standar nasional sudah terpenuhi 100% yaitu <2. Berikut data hasil benchmark IDO :



*) Standar Kemkes : Peraturan Menteri Kesehatan No.27 Tahun 2017

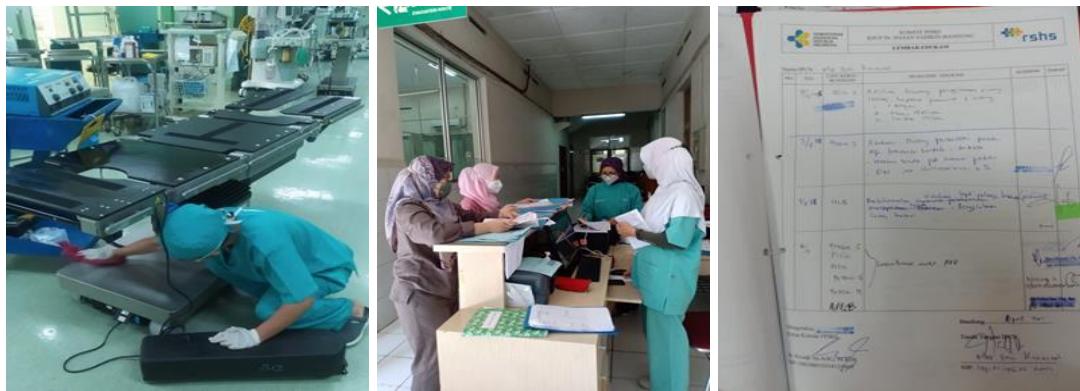
Kendala :

- Pelaporan dan Pencatatan IDO di beberapa unit rawat belum optimal, dikarenakan pada awal-awal tahun kepatuhan dalam mengisi bundle kurang. Selain itu, faktor kondisi pasien juga berpengaruh terhadap kejadian IDO.
- Beberapa permasalahan terkait kejadian IDO yaitu termasuk pelaporan, pencatatannya dan penentuan diagnosa IDO berdasarkan hasil pemeriksaan kultur.

Upaya tindaklanjut :

- Melaksanakan Sosialisasi dan edukasi bundles IDO
- Melakukan koordinasi dengan Instalasi Farmasi terkait ketersediaan fasilitas bundles IDO
- Melakukan koordinasi dengan Instalasi SIRS terkait sistem aktivasi bundles IDO online
- Melakukan pembersihan area permukaan di ruang operasi
- Pemeliharaan dan perbaikan sarana dan prasarana : rutin dilakukan setiap 1 minggu sekali pembersihan seluruh kamar operasi
- Koordinasi dengan unit terkait tentang lonjakan kasus IDO

Gambar 3.7
Sosialisasi dan edukasi bundles IDO



8. Persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ <60 menit

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020 dan 2021 serta terhadap jangka menengah tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.14
Capaian Persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ <60 menit

Realisasi Presentase pasien yang memenuhi standar WTRJ <60 menit	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
	77%	69.70%	80%	87,67%	90%
Capaian	90,52%		109,59%		97,41%

Pasien yang memenuhi standar WTRJ <60 menit adalah Pasien yang dilayani mulai dari pendaftaran sampai dilayani dokter kurang dari 60 menit. Formula yang digunakan yaitu jumlah pasien rawat jalan yang terdaftar dan dilayani dokter < 60 menit pada waktu 1 bulan dibagi jumlah seluruh sampel pada bulan terhitung dikali 100%.

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan Persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ :

Jumlah pasien yang terdaftar dan dilayani dokter < 60 menit dibagi jumlah seluruh sampel pada bulan terhitung x 100%

$$= (4165/352) \times 100\%$$

$$= 87,67\%$$

Persentase pasien yang memenuhi standar WTRJ < 60 menit pada tahun 2021 ditargetkan 80%, realisasi sebesar 87,67% atau capaian 109,59%. Persentase pasien yang memenuhi WTRJ dibawah 60 menit pada tahun ini mengalami perbaikan dibanding tahun 2020. Progres capaian kinerja tahun 2021 terhadap jangka panjang menengah tahun 2024 terpenuhi sebesar 97,41%.

Kendala :

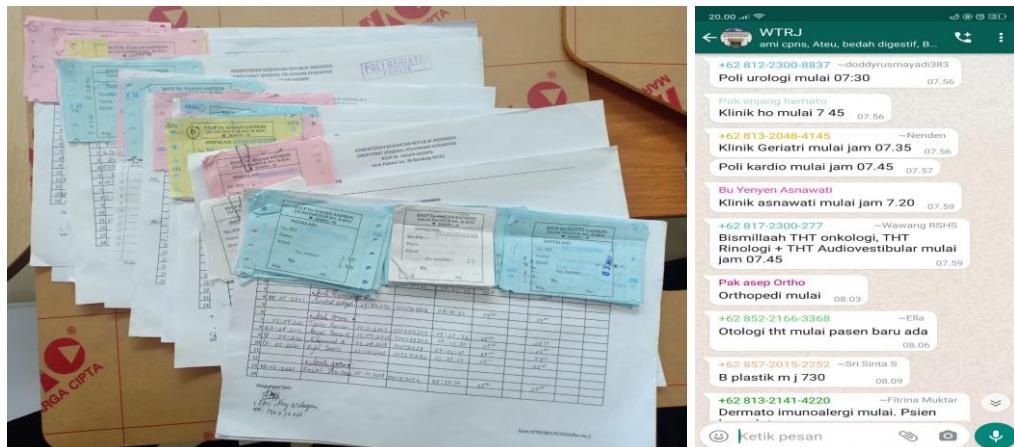
Persentase pasien yang memenuhi WTRJ dibawah 60 menit pada tahun 2021 mencapai target yang diharapkan, namun demikian, masih ada pula beberapa sampel WTRJ di atas 60 menit. Adapun klinik dengan capaian WTRJ > 60 menit masih dipengaruhi beberapa hal diantaranya adanya keterlambatan kedatangan pasien online, pengiriman rekam medis > 60 menit (terutama pasien onsite) dan Pengiriman SEP pasien mendaftar onsite > 60 menit

Upaya tindak lanjut :

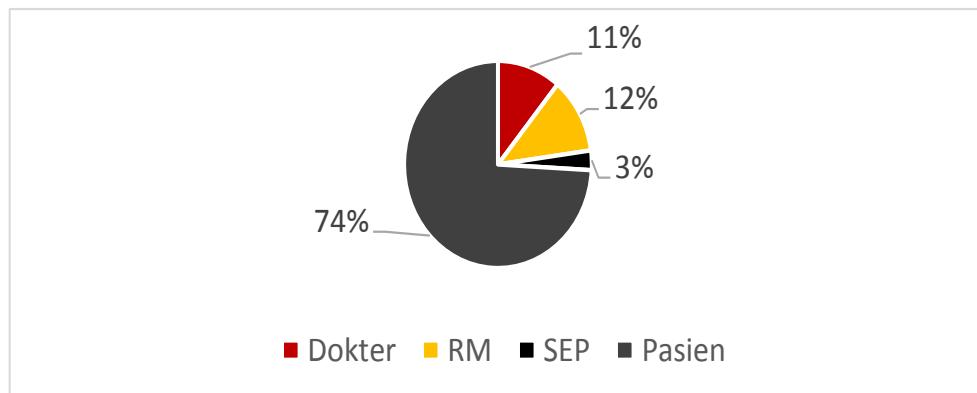
- Revisi kamus indikator lama → metode sampling ‘Slovin’ akan diubah menjadi total sampling per Januari 2022.
- Berkoordinasi dengan SIRS untuk melakukan penarikan data waktu *check in* dan waktu asesmen dari EMR
- Berkoordinasi dengan bagian pendaftaran agar pencetakan SEP online dilakukan ketika pasien online tiba di RS
- Monitoring dan evaluasi alarm system WTRJ untuk keterlambatan klinik memulai pelayanan
- Mengirimkan hasil WTRJ klinik yang capaiannya diatas 60 menit ke KSM terkait
- Menghimbau perawat klinik agar setiap pasien yang berobat rutin di Poliklinik IRJ diwajibkan daftar online dan check ini melalui APM
- Memperketat pendaftaran onsite di Instalasi Rawat Jalan sebagai upaya memperkecil peluang WTRJ di atas 60 menit

Gambar 3.8

Bukti dokumentasi monev alarm sistem

**Gambar 3.9**

Hasil Monev alarm system WTRJ Penyebab keterlambatan WTRJ



9. Waktu Tunggu Sebelum Operasi Elektif ≤ 2 hari

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020 dan 2021 serta terhadap jangka menengah tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.15
Capaian Waktu Tunggu Sebelum Operasi Elektif < 2 hari

Realisasi Waktu Tunggu Sebelum Operasi Elektif < 2 hari	Tahun 2019		Tahun 2020		Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
	1,5	2	1,5	2	2

Capaian	133,33%	133,33%	100%
---------	---------	---------	------

Waktu tunggu Sebelum Operasi Elektif adalah rata-rata tenggang waktu sejak pasien masuk rawat inap dengan rencana operasi dan telah dijadwalkan di kamar operasi sampai operasi dilaksanakan.

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan waktu tunggu sebelum operasi elektif < 2 hari :

$\frac{\text{Jumlah waktu sebelum operasi yang terencana (jam)}}{\text{Jumlah seluruh sampel atau seluruh pasien dengan operasi yang terencana}}$ $= 29,89 / 101.766,47 = 2$

Capaian waktu Tunggu sebelum Operasi Elektif < 2 hari pada tahun 2021 ditargetkan sebesar 1,5, realisasi mencapai 2 atau 133,33%. Progres capaian kinerja tahun 2021 terhadap jangka menengah tahun 2024 terpenuhi sebesar 100%. Realisasi Tahun 2021 sudah terpenuhi, walaupun capaian bervariasi tetapi masih dalam batas target yang ditentukan.

Kendala :

1. Tidak ada masalah yang signifikan yang berisiko capaian tidak terpenuhi
2. Potensi tetap ada diantaranya pada pasien operasi yang dilakukan hari senin dan setelah hari libur, semakin banyak pasien pada hari tersebut, kemungkinan angka capaian akan berpengaruh,
3. Jawaban anestesi H-1 kurang kooperatif dalam kepatuhan penjadwalan operasi

Upaya tindaklanjut :

1. Pengaturan jadwal operasi terutama pada setelah hari libur/week end
2. Merumuskan materi/konsep yang memungkinkan dilakukan input data secara system
3. Berkoordinasi dengan beberapa bagian untuk usulan input data secara system (SIRS, KSM anesthesi, IBS dan Pengumpul data)

10. Kepatuhan Waktu Jam Visite Dokter Penanggungjawab Pelayanan/DPJP

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020 dan 2021 serta terhadap jangka menengah tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.16
Capaian Kepatuhan Waktu Jam Visite Dokter Penanggungjawab Pelayanan/DPJP

Realisasi Kepatuhan Waktu Jam Visite Dokter Penanggungjawab Pelayanan/DPJP	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
	84%	89,73%	84%	95,45%	86%
Capaian	106,82%		113,63%		110,99%

Kepatuhan Waktu Jam Visite Dokter Penanggungjawab Pelayanan/DPJP adalah waktu kunjungan DPJP untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggungjawabnya setiap hari pada hari kerja.

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan kepatuhan waktu jam visite DPJP :

$$\begin{aligned}
 & ((Jlh.Visite\ pasien \leq\ pukul\ 10.00\ \times\ 100) + (Jlh.\ Visite\ pasien >\ pukul\ 10.00\ s.d\ 12.00\ \times\ 50) + \\
 & (Jlh.\ Visite\ pasien >\ pukul\ 12.00\ s.d\ 14.00\ \times\ 25) + (visite\ pasien >\ pukul\ 14.00\ \times\ 0))\ pada\ hari\ kerja \\
 & Jlh\ minimal\ pasien\ rawat\ inap\ yg\ menjadi\ tanggung\ jawab\ DPJP \\
 & yg\ harus\ di\ visite\ pada\ hari\ kerja
 \end{aligned}$$

$$= 4.380.650 / 45.893 = 95,45\%$$

Capaian Kepatuhan Waktu Jam Visite Dokter Penanggungjawab Pelayanan/DPJP pada tahun 2021 ditargetkan sebesar 84%, realisasi mencapai 95,45% atau 113,63%. Capaian tahun 2021 mengalami peningkatan dibanding tahun 2020. Progres capaian kinerja tahun 2021 terhadap jangka menengah tahun 2024 terpenuhi sebesar 110,99%.

Kendala :

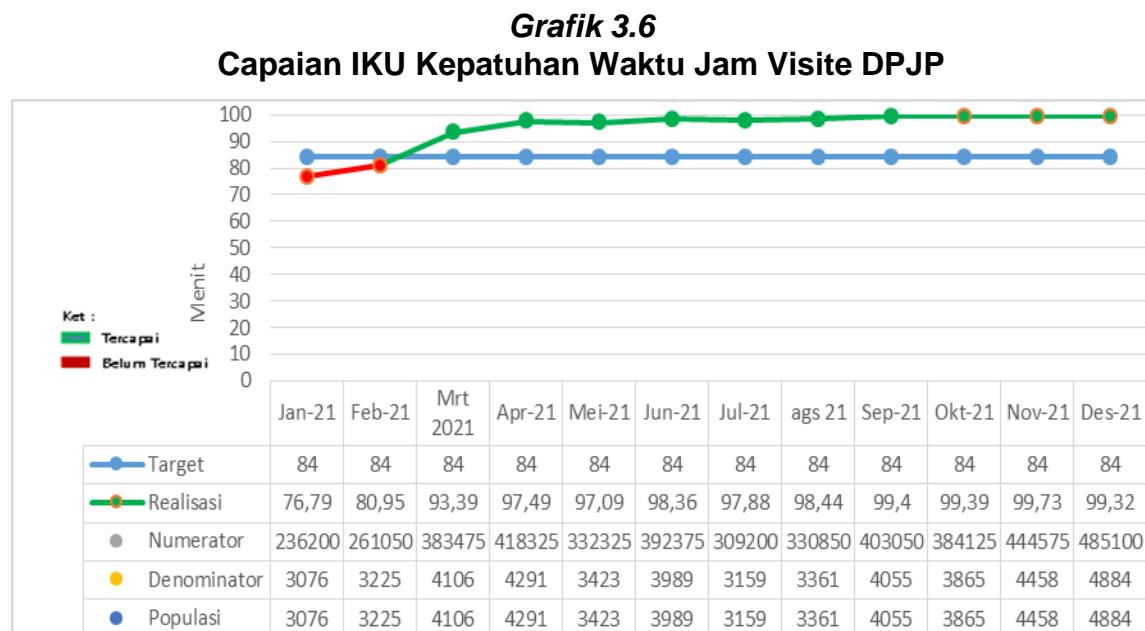
Ada beberapa permasalahan yang terjadi di dalam mencapai Ketepatan Waktu Jam Visite Dokter Penanggungjawab Pelayanan/DPJP, antara lain:

1. Masih ada DPJP visite > jam 10.00

2. Ada ketidaksesuaian input data nama DPJP oleh petugas ruangan. Tidak semua DPJP melakukan entri absensi visite online sendiri. Keterbatasan sistem : input DPJP pendamping manual setiap hari, alih DPJP/pindah ruangan/pasien pulang/meninggal harus dihapus manual oleh petugas ruangan, hanya bisa menandai satu DPJP Pendamping yang dikonsulkan siang

Upaya Tindak Lanjut:

1. Kepala KSM mengingatkan kembali DPJP di KSM nya agar visite tepat waktu (< jam 10) dan melakukan absensi
2. Petugas Administrasi ruangan dan Kepala Ruangan memastikan nama DPJP yang diinput hari itu sesuai yang seharusnya



11. Persentase Berkas Pasien BPJS Layak Klaim

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020 dan tahun 2021 serta terhadap jangka menengah tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.17
Capaian Presentase Berkas Pasien BPJS Layak Klaim

Realisasi Presentase Berkas Pasien BPJS Layak Klaim	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
	78%	87,51	80%	86,12%	86%

Capaian	112,19%	107,65%	100,14%
---------	---------	---------	---------

Persentase Berkas pasien BPJS Layak Klaim adalah persentase berkas pasien yang layak klaim dibanding jumlah SEP pasien yang berobat di RSHS.

Adapun berkas yang dinyatakan layak klaim adalah :

1. Berkas layak klaim meliputi jumlah berkas pasien BPJS yang berobat jalan di Poliklinik Rawat Jalan (termasuk Instalasi Gawat Darurat) dan rawat inap, sudah melalui proses purifikasi dan dinyatakan layak klaim pada tahap awal pengklaiman.
2. Berkas layak klaim adalah berkas yang sudah memenuhi persyaratan kelengkapan berkas sesuai dengan standar klaim BPJS meliputi Lembar individual pasien, SEP, resume medic, Billing RS Persyaratan penunjang.
3. Berkas layak klaim rawat jalan adalah berkas yang sudah memenuhi persyaratan standar klaim meliputi Lembar Individual Pasien SEP, SBPK, Billing RS, berkas penunjang.
4. Berkas layak klaim Instalasi Gawat Darurat meliputi lembar individual pasien, SEP, SBPK, Lembar triage)
5. Berkas layak klaim rawat Inap meliputilembar individual pasien, SEP, Billing RS, Resume Medis, Surat Pengantar Rawat Inap, Pengantar Administrasi Pulang
6. Jumlah SEP pasien yang berobat jalan di RSHS adalah jumlah SEP pasien yang datang ke RSHS untuk berobat jalan

Jumlah SP pasien rawat inap di RSHS adalah jumlah SEP pasien yang menjalani rawat inap di RSHS.

Capaian/kondisi yang dicapai :

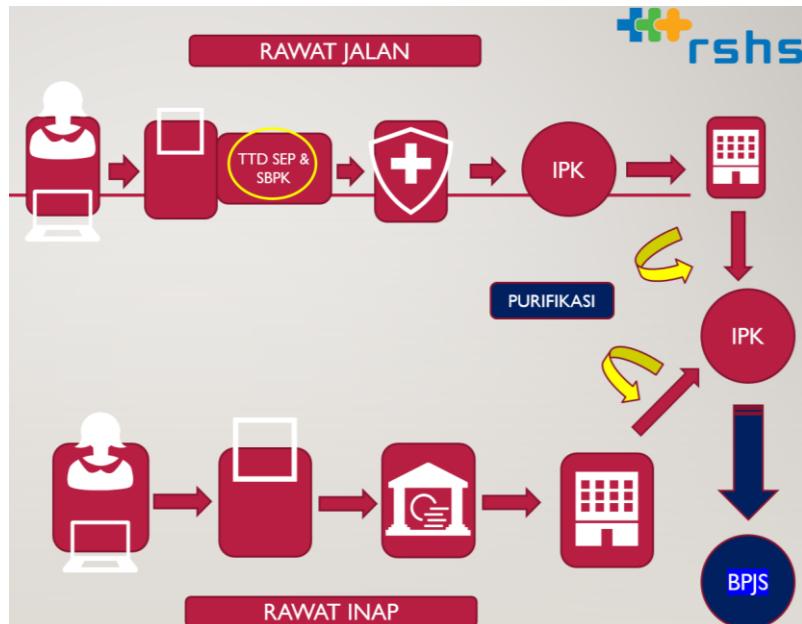
Perhitungan berkas pasien BPJS layak klaim :

$\text{Persentase Berkas Layak klaim} = \left[\frac{\text{Jumlah berkas pasien rawat jalan yang layak klaim}}{\text{Jumlah SEP pasien yang berobat jalan di RSHS}} \times 100\% + \frac{\text{Jumlah berkas pasien rawat inap yang layak klaim}}{\text{Jumlah SEP pasien Rawat Inap di RSHS}} \times 100\% \right] : 2$ <p>*berkas layak klaim = berkas yang sudah lolos purifikasi BPJS</p>
= 86,12%

Capaian Persentase Berkas pasien BPJS Layak Klaim pada tahun 2021 ditargetkan sebesar 80%, realisasi mencapai 86,12% atau 107,65%. Capaian tahun 2021 mengalami penurunan dibanding tahun 2020. Progres capaian

kinerja tahun 2021 terhadap jangka menengah tahun 2024 terpenuhi sebesar 100,14%.

Gambar 3.10
Alur Berkas Klaim



Gambar diatas merupakan alur berkas klaim rawat jalan dan rawat inap yang memerlukan proses yang sangat panjang dari mulai pasien datang sampai berkas rekam medik diterima oleh Tim IPK.

Kendala :

Instalasi Rawat Jalan

1. Pengembalian berkas dari masing-masing poliklinik ke Kantor Instalasi Rawat Jalan seringkali terlambat (Idealnya setelah selesai pelayanan, paling lambat H+1 sudah dikumpulkan di kantor rawat jalan)
2. Tanda tangan DPJP di SBPK tidak seragam (Bukan DPJP yang menandatangani)
3. Masih ada berkas SBPK yang dikirim ke IPK namun belum di tanda tangan DPJP.
4. Masih ada tindakan yang tidak diinput ke billing, dan ada tindakan yang tidak jadi dilakukan tapi tidak dibatalkan di billing, sehingga terjadi ketidaksesuaian data di SBPK dan di billing.

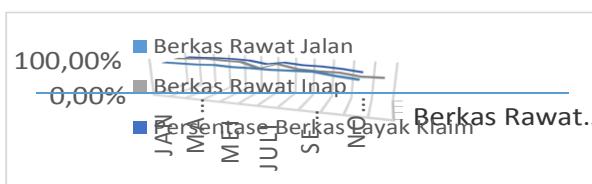
Instalasi Rawat Inap

1. Pengembalian Rekam Medis dalam 24 jam belum disertai perbaikan isi rekam medis dan kelengkapan berkas klaim. (Idealnya PU ruangan memverifikasi kelengkapan berkas pasien saat pasien masuk ruangan, dan ada kontrol terhadap kelengkapan isi rekam medis, sehingga saat pasien pulang, rekam medis sudah terisi lengkap, dan berkas klaim sudah lengkap juga)
2. Isi resume medis kurang lengkap sehingga terjadi undercoding.
3. Adanya tindakan yang tidak terinput di billing.

Upaya tindaklanjut :

1. Program Percepatan klaim
 - Menyederhanakan alur berkas klaim
 - Menambah jumlah SDM yang menangani berkas klaim : Coder, Verifikator di ruangan.
 - Monitoring dan evaluasi
2. Program Perbaikan kualitas berkas klaim
 - Perbaikan isi Rekam Medis
 - Optimalisasi Petugas Administrasi Ruangan
 - Optimalisasi MPP (Manajer Pelayanan Pasien)
 - Monev dan road show terkait kelengkapan berkas klaim di KSM
 - Feedback ke masing-masing unit terkait pengisian rekam medis dan kelengkapan klaim
 - Mengaktifkan kembali kegiatan OMRR

Grafik 3.7
Persentase Berkas Layak Klaim



12. Persentase Pemeriksaan Deteksi Dini Kanker

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020 dan 2021 serta terhadap jangka menengah tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.18
Capaian Persentase Pemeriksanaan deteksi dini kanker

Realisasi Persentase Pemeriksanaan Dini Kanker	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
	100 orang	223 orang	20%	43%	50%
Capaian	223%		215%		86%

Persentase Pemeriksaan deteksi dini kanker adalah pelayanan deteksi dini kanker serviks dengan cara tes IVA (pemberian asam asetat 3-5 % pada serviks) pada pasien wanita berisiko (usia 30-50 tahun dan sudah menikah) yang melakukan kunjungan pertama ke Poli Ginekologi dan Poli Onkologi Ginekologi di RSHS dan tidak menderita kanker serviks.

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan persentase pemeriksaan deteksi dini kanker :

Jumlah pasien Poli Ginekologi dan Poli Onkologi Ginekologi pada pasien wanita berisiko (usia 30-50 tahun dan sudah menikah) yang dilakukan pemeriksaan deteksi dini kanker serviks dengan tes IVA dibagi pasien wanita berisiko (usia 30-50 tahun dan sudah menikah) yang melakukan kunjungan pertama ke Poli Ginekologi dan Poli Onkologi Ginekologi di RSHS dan tidak menderita kanker serviks
 $= 244/585 = 43\%$

Persentase Pemeriksaan deteksi dini kanker tahun 2021 ditargetkan 20% realisasi 43% atau capaian sebesar 215%. Capaian tahun 2021 tidak bisa dibandingkan dengan 2020 karena terdapat perbedaan dalam formula perhitungan yang semula dihitung jumlah pasien menjadi persentase pasien yang memeriksakan diri ke poliklinik dengan baseline jumlah pasien tahun 2020. Progres capaian kinerja tahun 2021 terhadap jangka menengah tahun 2024 terpenuhi sebesar 86%.

Kendala :

Sejak Januari - Desember 2021, persentase deteksi kanker serviks melalui pemeriksaan IVA di RSHS telah mencapai target yaitu >20% (43%; 249 pasien dari 585 pasien). Sisa populasi beresiko, 336 diantaranya tidak dilakukan tes IVA karena berbagai alasan, seperti pasien datang dengan perdarahan masif dan kondisi umum tidak memungkinkan untuk posisi litotomi, pasien menolak, pasien sudah diperiksa oleh konsultan di rawat jalan eksekutif). Dari 249 pasien yang diperiksa IVA, hasilnya negatif pada 242 pasien, dan positif pada tujuh pasien. Semua pasien dengan hasil abnormal sudah mendapat persetujuan untuk tindak lanjut dengan kolposkopi tetapi sebagian besar tidak muncul untuk pemeriksaan kolposkopi. Di antara mereka, empat sudah ditindaklanjuti kolposkopi dan tidak ditemukan kelainan.

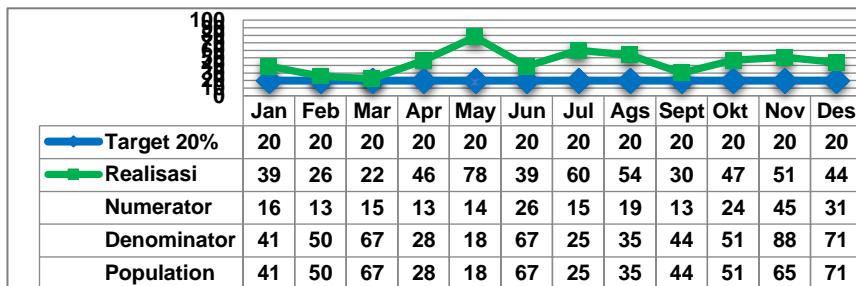
Upaya tindaklanjut :

Mengevaluasi hasil Januari-Desember yang selalu >20% dengan rata-rata 41% masuk akal untuk menaikkan target menjadi 35%. Untuk operator untuk mencapai target, dukungan dari RSHS sudah terpenuhi. Operator telah berupaya meningkatkan target pencapaian. Namun karena berbagai alasan seperti pasien yang datang dengan pendarahan hebat, pasien yang menolak, pasien yang sudah diperiksa oleh konsultan di rawat jalan eksekutif memiliki keterbatasan kemampuan untuk melakukan tes IVA di RSHS.

Program untuk tahun 2022

Upaya sosialisasi dengan mengadakan deteksi kanker serviks kepada pegawai RSHS untuk meningkatkan persentase deteksi kanker serviks di RSHS.

Grafik 3.8
Capaian Persentase Pemeriksaan Deteksi Dini kanker RSUP dr. Hasan Sadikin



13. Persentase evaluasi capaian Indikator Mutu Di Area Pelayanan Klinis Prioritas Pertahun

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020 dan 2021 serta terhadap jangka menengah tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.19
Capaian Persentase Evaluasi Indikator mutu di area pelayanan klinis prioritas pertahun

Realisasi persentase evaluasi indikator mutu di area pelayanan klinis prioritas pertahun	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
	65%	68,97%	70%	75%	75%
Capaian	106,11%		107,14%		100%

Persentase evaluasi capaian Indikator mutu area pelayanan klinis prioritas adalah pengukuran mutu yang dipilih dan ditetapkan oleh pimpinan dan telah dievaluasi untuk mengetahui pelayanan klinis prioritas. Setiap tahun rumah sakit harus memilih fokus perbaikan, proses dan hasil praktik klinis dan manajemen mengacu pada misi rumah sakit, diberikan dalam volume besar atau cenderung menimbulkan masalah. Direktur rumah sakit bersama-sama dengan para pimpinan/manajer pelayanan dan manajemen memilih dan menetapkan pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas untuk dilakukan evaluasi.

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan persentase evaluasi capaian indikator mutu area pelayanan klinis prioritas :

Jumlah indikator mutu pelayanan klinis prioritas yang mencapai target dalam

periode tertentu/jumlah seluruh indikator mutu pelayanan klinis prioritas yang diukur dikali 100%
 $= 9/12 = 75\%$

Capaian Persentase capaian indicator mutu di area pelayanan klinis prioritas pertahun pada tahun 2021 ditargetkan 70%, realisasi 107,14% atau sebesar 106,11%. Terjadi peningkatan capaian tahun 2021 dibanding 2020. Progres capaian kinerja tahun 2020 terhadap jangka menengah tahun 2024 terpenuhi sebesar 91,95%.

Terpilih 14 Indikator Pendukung area Pelayanan Klinis Prioritas Tahun 2021

- 6 Indikator Area Klinis
- 6 Indikator Area Manajerial
- 2 Indikator Riset dan Pendidikan Klinis

Tabel 3.20
Judul indikator Pelayanan Klinis Prioritas Tahun 2021

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC
1	Keberhasilan Tindakan EBUS TBNA	80%	KSM Ilmu Penyakit Dalam
2	Oocyte Yield Rate	50%	ITRB
3	Keberhasilan Ekstraksi Benda Asing Aerodigestif Perendoskopi oleh DPJP	80%	KSM Ilmu THT-KL
4	Waktu Tunggu Pelayanan Angiografi Diagnostik dan TACE	3 hari	KSM Radiologi
5	Waktu Tunggu Pelayanan MRI Kepala dengan Kontras dan Tanpa Kontras pada MRI 3 Tesla	3 hari	Instalasi Radiodiagnostik
6	Pemakaian C-Arm Fluoroskopi untuk Pasien Urologi di Kamar Operasi	5 pasien	KSM Urologi
7	Kepuasan Pelanggan terhadap Pelayanan di Area Pelayanan Theranostic Minimally Invasive	83%	Bagian Perencanaan dan Evaluasi
8	Utilisasi Penggunaan Alat Endolaparaskopi di Kamar Operasi	10.42%	Instalasi Bedah Sentral
9	Penerapan Daftar Tilik Keselamatan Pasien Yang Dilakukan Endolaparaskopi	100%	Instalasi Bedah Sentral
10	Percentase Penyelesaian Pengkajian Usulan AMHP/BMHP Pelayanan Theranostik Minimal Invasif Tepat Waktu	80%	Bidang Pelayanan Penunjang
11	Waktu Tunggu Pelayanan Sterilisasi Peralatan Laparoskopi dengan Suhu Rendah dalam 24 Jam	100%	Instalasi Binatu & CSSD
12	Keberhasilan Ekstraksi Benda Asing Aerodigestif Perendoskopi oleh Peserta Didik	70%	KSM Ilmu THT-KL
13	Alat-alat Theranostic Minimally Invasive yang Dikalibrasi	100%	Instalasi Fasilitas Medis
14	Riset Klinis yang Dapat Diaplikasikan	5 penelitian	Bagian DIKLIT

Tabel 3.20

Judul indikator Pelayanan Klinis Prioritas Tahun 2021

Yang dapat dihitung

TAHUN 2021

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	JULI	AGSTS	SEPT
1	Keberhasilan Tindakan EBUS TBNA	80%	NA	NA	NA
2	Oocyte Yield Rate	50%	49%	60%	40%
3	Keberhasilan Ekstraksi Benda Asing Aerodigestif Perendoskopi oleh DPJP	80%	NA	NA	100%
4	Waktu Tunggu Pelayanan Angiografi Diagnostik dan TACE	3 hari			
5	Waktu Tunggu Pelayanan MRI Kepala dengan Kontras dan Tanpa Kontras pada MRI 3 Tesla	3 hari	2.31	4.08	2.51
6	Pemakaian C-Arm Fluoroskopi untuk Pasien Urologi di Kamar Operasi	5 pasien	9	17	13
7	Kepuasan Pelanggan terhadap Pelayanan di Area Pelayanan Theranostic Minimally Invasive	83%		79,73%	
8	Utilisasi Penggunaan Alat Endolaparaskopi di Kamar Operasi	10.42%	23,16%	34,94%	26,46%
9	Penerapan Daftar Tilik Keselamatan Pasien Yang Dilakukan Endolaparaskopi	100%	100%	100%	100%
10	Persentase Penyelesaian Pengkajian Usulan AMHP/BMHP Pelayanan Theranostik Minimal Invasif Tepat Waktu	80%		100%	
11	Waktu Tunggu Pelayanan Sterilisasi Peralatan Laparoskopi dengan Suhu Rendah dalam 24 Jam	100%	100%	100%	100%
12	Keberhasilan Ekstraksi Benda Asing Aerodigestif Perendoskopi oleh Peserta Didik	70%	100%	100%	100%
13	Alat-alat Theranostic Minimally Invasive yang Dikalibrasi	100%		100%	
14	Riset Klinis yang Dapat Dipraktikkan	5 penelitian		5	

Kendala :

Realisasi tahun 2021 mencapai target, namun masih ada beberapa kendala yang dihadapi antara lain:

Dari 14 indikator Mutu Area Pelayanan Klinis Prioritas, diambil sampel 12. dari 12 indikator tercapai sebanyak 9 indikator, 3 indikator yang tidak berhasil yaitu oocyte yield rate, waktu tunggu pelayanan MRI kepala dengan kontras dan tanpa kontras pada MRI 3 tesla dan kepuasan pelanggan terhadap pelayanan di area pelayanan theranostic minimally invasive. berikut analisis capaian dari 3 indikator mutu yaitu :

1. Oocyte yield rate

- Kendala keberhasilan karena pasien berusia diatas 40 tahun dan menderita endometriosis/gangguan lainnya tetap ingin ditangani
- Alat pendukung seperti Hepafilter mengalami kerusakan sehingga mengurangi kualitas tindakan

2. Waktu tunggu pelayanan MRI kepala dengan kontras dan tanpa kontras pada MRI 3 tesla
 - Capaian meningkat lebih baik karena pelayanan berjalan optimal (tidak ada staf yang isoman seperti pada TW III) dan alat dalam keadaan berfungsi baik
3. kepuasan pelanggan terhadap pelayanan di area pelayanan theranostic minimally invasive
 - Capaian semester ke 2 belum memenuhi standar, khususnya terkait kualitas sarana dan prasarana

Upaya Tindaklanjut :

1. Oocyte yield rate
 - Melakukan penapisan calon peserta FIV dan pemilihan protokol stimulasi
 - Usulan pengadaan dan perbaikan alat
2. Waktu tunggu pelayanan MRI kepala dengan kontras dan tanpa kontras pada MRI 3 tesla
 - Memastikan start dan finish pada system PACS apabila pemeriksaan MRI telah dikerjakan (sebagai penghitung waktu)
 - Memastikan kelengkapan semua file data pendukung seperti lab, rontgen, USG sebelum pelaksanaan Tindakan agar dapat mempercepat proses ekspertise
3. Kepuasan pelanggan terhadap pelayanan di area pelayanan theranostic minimally invasive
 - Prioritas perbaikan kualitas sarana dan prasarana terdiri dari: ruang tunggu, ruang periksa, ruang rawat, toilet dan bangunan lainnya. Untuk mengetahui secara detail prasarana yang kurang harus dilakukan identifikasi lebih dalam lagi di unit masing-masing

14. Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020 dan tahun 2021 serta terhadap jangka menengah tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.21
Capaian Presentase Pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi
di RS UPT Vertikal

Realisasi Presentase pelaksanaan sistem	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
	50%	45%	60%	96,32%	100%
Capaian	90%		160,53%		95,34%

Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal adalah persentase jumlah kasus yang memiliki respon kurang dari 60 menit. Formula yang digunakan adalah jumlah kasus yang memiliki respon kurang dari 60 menit dibagi jumlah kasus yang ditindaklanjuti. Berdasarkan Surat Edaran Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan nomor: HK.02.02/I/0601/2021 tentang kewajiban penyampaian evaluasi pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) di Rumah Sakit UPT Vertikal Ditjen Pelayanan Kesehatan. Oleh karena hal tersebut, Tahun 2021 RSHS wajib mencantumkan indikator pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi (SISRUTE) dalam Perjanjian Kinerja Tahun 2021 dan akan di evaluasi sampai Tahun 2024.

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal :

$$\begin{aligned} &= \text{Jumlah kasus yang memiliki respon time kurang dari dari 1 jam dibagi jumlah total kasus} \\ &= 11.937 / 12.393 = 96,32\% \end{aligned}$$

Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal Tahun 2021 ditargetkan 60%, capaian 96,32% atau sebesar 160,53%. terdapat kenaikan capaian yang signifikan tahun 2021 dibanding tahun 2020 sebesar 68,90%. Progres capaian kinerja tahun 2021 terhadap jangka menengah tahun 2024 terpenuhi sebesar 95,34%.

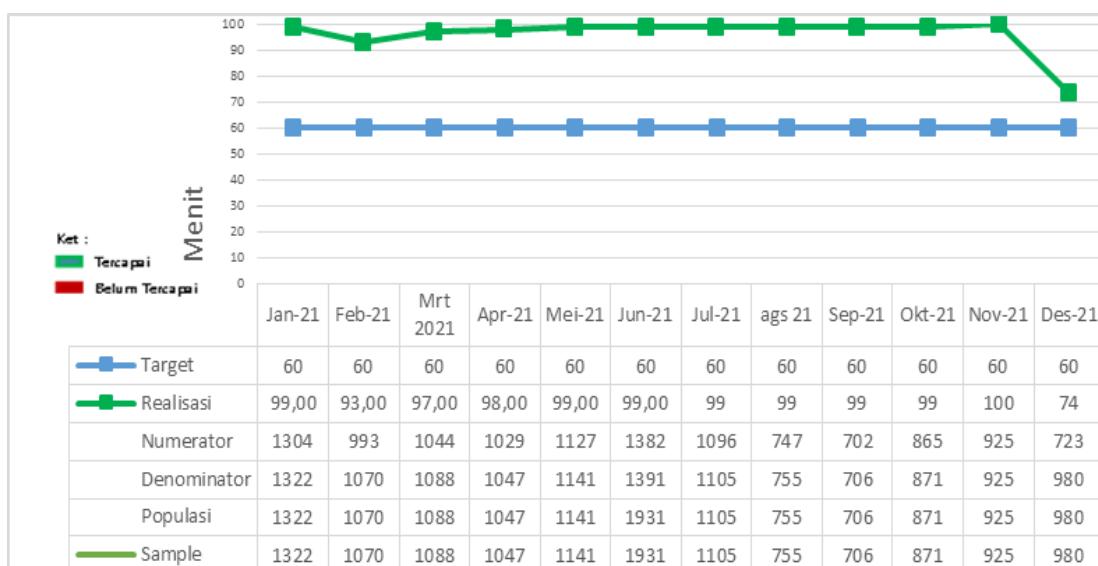
Kendala :

1. Seringnya internet mengalami gangguan.
2. Server Sisrute mengalami gangguan
3. Indikator respon time tidak mencerminkan kualitas pelayanan Sisrute.

Upaya tindaklanjut :

1. Koordinasi dengan SIRS untuk minimalisasi potensi jaringan internet mati dan mempersingkat downtime.
2. Koordinasi dengan Kemenkes sebagai admin dari sisrute
3. Mengusulkan reviu kamus indikator dari respon time menjadi decision time untuk indikator kinerja utama tahun 2022

Grafik 3.9
Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal
Tahun 2021



15. Persentase Pemenuhan ketersediaan Sarana Prasarana (SP)

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020 dan 2021 serta terhadap jangka menengah tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.22
Capaian Persentase Pemenuhan ketersediaan Sarana Prasarana (SP)

Realisasi Persentase Pemenuhan ketersediaan Sarana Prasarana (SP)	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
	65%	66,88%	67%	68,13%	72%
Capaian	102,89%		101,69%		94,63%

Persentase pemenuhan ketersediaan sarana prasarana adalah tingkat ketersediaan sarana prasarana sesuai Permenkes no. 24 Tahun 2016 tentang

Persyaratan Teknis Bangunan dan Prasarana Rumah Sakit. Borang penilaian fasilitas medik sesuai dengan penilaian rumah sakit untuk Akreditasi Internasional. Formula yang digunakan yaitu persentase nilai fasilitas umum ditambah persentase nilai fasilitas ruangan dibagi 2.

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan persentase pemenuhan ketersediaan sarana prasarana :

$$\begin{aligned}
 &= (\text{Persentase nilai pemenuhan persyaratan fasilitas umum ditambah persentase nilai pemenuhan persyaratan fasilitas ruangan}) \text{ dibagi } 2 \\
 &= (68,33 + 67,92) : 2 = 136,25 : 2 = 68,13
 \end{aligned}$$

Capaian persentase pemenuhan ketersediaan Sarana Prasarana (SP) pada tahun 2021 ditargetkan 67%, realisasi 68,13% atau sebesar 101,69%. Terdapat penurunan capaian tahun 2021 dibanding tahun 2020. Progres capaian kinerja tahun 2021 terhadap jangka menengah tahun 2024 terpenuhi sebesar 94,63%.

Tabel 3.23
Aspek Penilaian Capaian Pemenuhan Ketersediaan SP Tahun 2021

LAMPIRAN BORANG PENILAIAN FASILITAS MEDIK MFK RUMAH SAKIT INTERNASIONAL PENILAIAN RS UNTUK AKREDITASI INTERNASIONAL											
NO	ASPEK PENILAIAN	PENILAIAN UMUM									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Akses untuk pengunjung						1				
2	Bangunan tampak depan (Keindahan dan Kebersihan)			1							
3	Lahan Parkir (Kenyamanan, Kecukupan dan Keamanan)					1					
4	Kebersihan Halaman RS						1				
5	Kebersihan ruangan-ruangan di dalam RS							1			
6	Kebersihan bangunan RS (dinding, lantai, atap)						1				
7	Fasilitas yang aksesibel bagi penyandang cacat dan lanjut usia toilet, koridor, tempat parkir, telepon umum (bila ada), jalur permandu, rambu atau marka, pintu dan tangga, lift, dan/atau ram					1					
8	Instalasi pengelolaan sampah dan limbah								1		
9	Kebersihan tempat umum (kamar mandi, WC)							1			
10	Kebersihan dapur									1	
11	Keamanan di dalam RS (CCTV, Satpam)						1				
12	Kenyamanan ruangan-ruangan						1				
13	Rambu-rambu atau marka									1	
14	Petunjuk, persyaratan teknis dan sarana evakuasi saat terjadi keadaan darurat							1			
15	Tangga, Lift dan atau ram										1
16	Taman								1		
17	Sistem Komunikasi dan Informasi							1			
18	Ambulans							1			
19	Instalasi gas medik dan vakum medik							1			
20	Pencegahan dan penanggulangan kebakaran								1		
JUMLAH		0	0	1	0	3	10	3	3	0	0
NILAI		0	0	3	0	15	60	21	24	0	0
TOTAL NILAI		123									
NILAI MAKSIMUM		180									
PROSENTASI NILAI (Total Nilai/Nilai Maksimum)		68,33%									

No	Aspek Penilaian	PENILAIAN FASILITAS (Acuan Permenkes No 24 tahun 2016 tentang Persyaratan Teknis Bangunan dan Prasarana Rumah Sakit)									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Rawat Jalan									1	
2	Rawat Inap							1			
3	Ruang Gawat Darurat								1		
4	Ruang Operasi								1		
5	Ruang Perawatan Intensif					1					
6	Ruang Kebidanan						1				
7	Ruang Rehabilitasi Medik							1			
8	Ruang Radiologi							1			
9	Ruang Laboratorium							1			
10	Bank Darah RS								1		
11	Ruang Sterilisasi									1	
12	Ruang Farmasi						1				
13	Ruang Rekam Medis								1		
14	Ruang Tenaga Kesehatan, termasuk Ruang Komite Medik dan Komite Keperawatan							1			
15	Ruang Pendidikan dan Latihan									1	
16	Ruang Kantor dan Administrasi							1			
17	Ruang Ibadah							1			
18	Ruang Tunggu							1			
19	Ruang Penyuluhan Kesehatan Masyarakat RS							1			
20	Ruang Menyusui								1		
21	Ruang Mekanik								1		
22	Ruang Dapur dan Gizi							1			
23	Laundry							1			
24	Kamar Jenazah								1		
JUMLAH		0	0	0	0	1	10	7	5	1	0
NILAI		0	0	0	0	5	60	49	40	9	0
TOTAL NILAI		163									
NILAI MAKSIMUM		240									
PROSENTASI NILAI (Total Nilai/Nilai Maksimum)		67.92%									

Keterangan : warna kuning dalam tabel adalah nilai TW sebelumnya, untuk menunjukkan adanya peningkatan/penurunan skor.

Kendala :

1. Penyediaan ruang tunggu keluarga pasien ruang intensif → tidak direalisasi (aspek PPI dan kecepatan pelayanan Intensivist)
2. Penyusunan rencana penataan area pedestrian Jl. Pasirkaliki
3. Perbaikan sistem alarm kebakaran Gedung EU-COT dan Kemuning
4. Perbaikan laboratorium IGD → disepakati hanya tahapan DED namun tidak terealisasi
5. Pemasangan sistem proteksi kebakaran di server SIRS → Subkon tidak sanggup karena harga dan waktu
6. Pengadaan APAR → Subkon tidak sanggup karena harga dan tidak cukup waktu untuk pembuatan APAB 35 kg (*customized*)
7. Pengadaan lemari kebakaran untuk 2 Posko Kebakaran → tidak cukup waktu

Upaya tindaklanjut :

1. Melibatkan user untuk menentukan prioritas pemenuhan sarana prasarana hingga Tahun 2024 untuk perhitungan estimasi anggaran yang dibutuhkan

2. Menyelaraskan program tahunan dengan prioritas pemenuhan sarana prasarana

16. Kehandalan Peralatan Medis dan Non Medis (OEE)

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020 dan 2021 serta terhadap jangka menengah tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.24
Capaian Kehandalan Peralatan Medis dan Non Medis (OEE)

Realisasi Kehandalan Peralatan Medis dan Non Medis (OEE)	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
	77%	76,21%	78%	73,22%	81%
Capaian	98,97%		93,87%		90,40%

Kehandalan peralatan medis dan non medis (*Overall Equipment Effectiveness* – OEE) adalah nilai rata-rata pengukuran kehandalan atau hasil kinerja dari peralatan medis dan non medis tertentu yang dilihat dari 3 aspek yaitu ketersediaan (ke), kinerja (ki) dan kualitas (ku), dengan memperhatikan downtime losses, speed losses, dan defect losses. Formula yang digunakan adalah : 1) Ke (availability) sama dengan total waktu yang tersedia dikurangi (waktu breakdown ditambah waktu setup) dibagi total waktu yang tersedia.; 2) Ki (performance) sama dengan jumlah unit yang diproduksi/target unit yang diproduksi; 3) Ku (Quality) sama dengan jumlah unit yang baik dibagi total unit yang baik; 4) OEE peralat sama dengan (Ke dikali Ki dikali Ku) dikali 100%; 5) OEE perunit sama dengan jumlah OEE seluruh alat di unit/jumlah alat di unit. jadi OEE tingkat rumah sakit sama dengan jumlah OEE seluruh unit dibagi jumlah seluruh unit.

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan kehandalan peralatan medis dan non medis :

$$\text{OEE per alat} = (\text{Ke} \times \text{Ki} \times \text{Ku}) \times 100\%$$

- Ke (*availability*) = total waktu yang tersedia – (waktu breakdown + waktu setup)/ total waktu yang tersedia
- Ki (*performance*) = Jumlah unit yang diproduksi/target unit yang diproduksi
- Ku (*quality*) = jumlah unit yang baik / total unit yang baik
= 73,22%

Capaian kehandalan peralatan medis dan non medis pada tahun 2021 ditargetkan 78%, realisasi 73,22% atau sebesar 93,87%. Terdapat penurunan pada capaian tahun 2021 dibanding tahun 2020 yaitu sebesar 5,10%. Progres

capaian kinerja tahun 2020 terhadap jangka menengah tahun 2024 terpenuhi sebesar 90,40%.

Kendala :

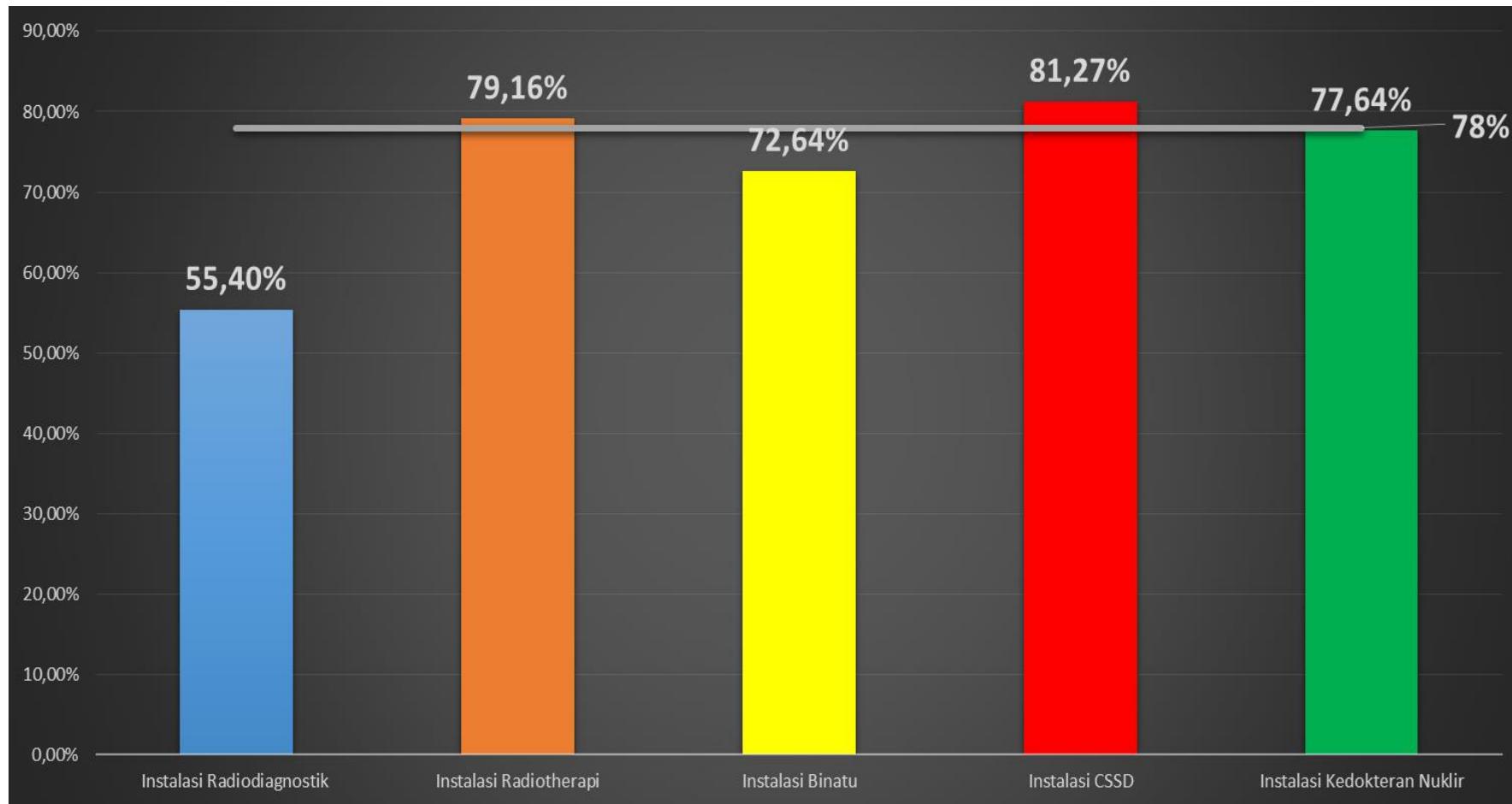
1. Terdapat beberapa alat yang masuk dalam perhitungan OEE mengalami kerusakan dan diperlukan peremajaan atau perbaikan
2. Kendala pandemi yang menurunkan jumlah kunjungan dan pemeriksaan pasien yang menggunakan alat masuk dalam perhitungan OEE
3. Pekerjaan kalibrasi yang mengalami kendala karena pandemi
4. Alat CT 16 GE, MRI 1.5T, MRI 3T, DR Fluoroscopy dan DR Panoramik menunjukkan nilai OEE lebih rendah dari target Kemenkes karena kunjungan pasien menurun
5. selain itu untuk alat DR Fluoroscopy izin operasional Bapetennya baru terbit di awal bulan April 2021.
6. Ada beberapa alat radiologi dan kedokteran nuklir yang tidak maksimal penggunaannya dikarenakan jumlah pasien yang diperiksa sedikit
7. Alat Binatu sempat terjadi kerusakan selama beberapa hari, dan Jumlah cucian infeksius menurun, sehingga volume cuciannya menurun.
8. Alat Linac masih rusak

Upaya Tindaklanjut :

1. Melaksanakan proses pengadaan alat atau perbaikan yang mengalami kerusakan
2. Peningkatan secara bertahap jumlah pemeriksaan dan kunjungan pasien bila masa pandemi sudah dapat terkendali.
3. Proses kajian dan usulan kalibrasi yang tepat waktu
4. Optimalisasi pemanfaatan alat untuk pasien COVID-19
5. Menyelesaikan proses izin Bapeten untuk alat DR Fluoroscopy
6. Program peningkatan pasien operasi elektif secara bertahap, serta dimanfaatkannya kembali ruang rawat inap dan rawat intensif untuk pasien pasca operasi, sehingga akan meningkatkan jumlah pasien operasi dan pasien yang dirawat di RSHS, sehingga cucian infeksius di Instalasi Binatu dan CSSD akan meningkat. Hal ini diharapkan dapat menambah pemanfaatan alat pencucian linen tersebut.

-
7. Alat di Instalasi CSSD dan Binatu yang mengalami kerusakan dilakukan perbaikan, sehingga dapat berfungsi optimal kembali.
 8. Rencana Penggantian Alat Linac hibah dari Kemenkes

Tabel 3.25
Capaian kehandalan peralatan medis dan non medis (OEE) Tahun 2021



17. Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020 dan 2021 serta terhadap jangka menengah tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.26
Capaian Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai

Realisasi Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
	80%	83%	82%	82%	88%
Capaian	103,75%		100%		93,18%

Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai (SKP) adalah data dan informasi tentang tingkat kepuasaan pelanggan internal yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif dan kualitatif atas pendapat pelanggan internal selama bekerja di RSHS dalam kurun waktu tertentu. Pelanggan internal adalah pegawai didalam lingkungan RSHS baik ASN maupun BLU.

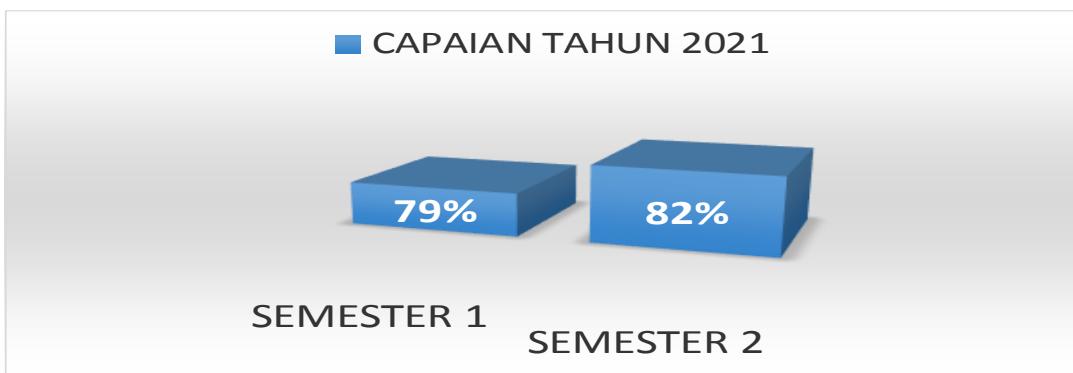
Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan pengukuran survei kepuasan pegawai :

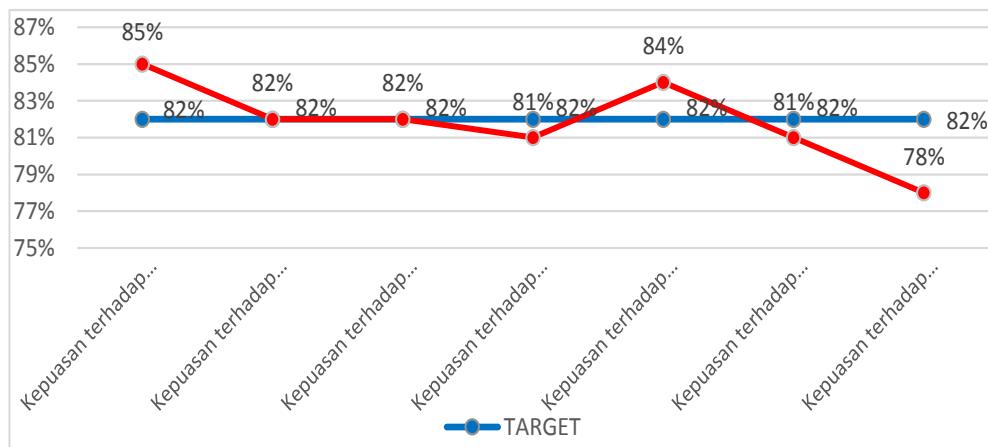
$$\begin{aligned}
 & \frac{\text{Jumlah nilai yang diperoleh}}{\text{Jumlah Nilai Maksimal}} \times 100 \\
 = & (82 / 100) \times 100\% = 82\%
 \end{aligned}$$

Capaian indeks kepuasan pegawai pada tahun 2021 ditargetkan 82%, realisasi 82% atau sebesar 100%. Terdapat penurunan tahun 2021 dibanding tahun 2020 sebesar 3,75%. Progres capaian kinerja tahun 2021 terhadap jangka menengah tahun 2024 terpenuhi sebesar 93,18%.

Grafik 3.10
Capaian Indikator Pengukuran Survei Kepuasan pegawai tahun 2021



Grafik 3.11
Nilai Rata-rata Indikator Kepuasan Pegawai RSHS Tahun 2021



Kendala :

Nilai terendah Hasil survey kepuasan pegawai yang dilakukan pada semester 2 adalah :

1. RSHS belum optimal menghargai setiap pegawainya yang bekerja keras ataupun berprestasi
2. Belum sempurnanya Aplikasi Pengembangan Kompetensi, sehingga belum diketahui GAP kompetensi untuk seluruh pegawai
3. Belum semua pegawai mengetahui bahwa terdapat media/saluran informasi khusus untuk menyampaikan aspirasi pegawai di masing-masing unit kerja
4. Pimpinan secara berimbang menjalankan penegakan disiplin dan pemberian reward kepada pegawai belum optimal
5. Sistem administrasi mendukung aktivitas kerja pegawai dianggap belum optimal
6. Sarana prasarana yang kurang mendukung dengan tuntutan jaman yang serba digital
7. Pendapatan RS belum mencapai target
8. Kekurangan Programer dan masih masuk dalam jadwal tunggu untuk pelaksanaan penyempurnaan aplikasi

Upaya tindaklanjut :

1. Mengikutsertakan pegawai pada ajang kompetisi Inovasi ASN atau Pemberian Penghargaan bagi Nakes dan SDM penunjang tingkat nasional
2. Menyempurnakan Aplikasi Pengembangan Kompetensi Pegawai sehingga dapat mengakomodir semua jabatan fungsional di RSHS, melakukan workshop pengembangan kompetensi dan menyusun TNA sesuai kebutuhan organisasi
3. Sosialisasi terkait adanya kanal/saluran untuk menyampaikan pengaduan bagi pegawai dan Aplikasi Dumas
4. Penerapan reward dan Punishment diterapkan kepada seluruh pegawai
5. Terbangunnya aplikasi layanan kepegawaian (proses pencantuman gelar dan pensiun) dan Penyempurnaan aplikasi e-remunerasi
6. Menyampaikan usulan kepada pimpinan untuk dapat mendukung penyediaan fasilitas yang mendukung pekerjaan (internet yang stabil dan komputer yang memadai sesuai perkembangan teknologi)
7. Memberikan motivasi kepada pegawai, melakukan Roadshow ke unit kerja secara bertahap dan koordinasi dengan unit kerja terkait, dalam menganalisa rencana peningkatan PIR
8. Berkoordinasi dengan unit terkait

18. Jumlah *Lean Project* yang terlaksana

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020 dan 2021 serta terhadap jangka menengah tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.27
Capaian Jumlah *Lean Project* yang terlaksana

Realisasi Jumlah <i>Lean Project</i> yang terlaksana	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
	4	4	4	4	8
Capaian	100%		100%		50%

Lean project adalah project/kumpulan kegiatan yang dilaksanakan oleh unit terkait dan bertujuan untuk meningkatkan efisiensi pada suatu proses bisnis atau unit di rumah sakit untuk jangka waktu 1 tahun.

Capaian/kondisi yang dicapai :

JADWAL			
WORKSHOP SISTEM AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH (SAKIP)			
RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung			
NO.	WAKTU	MATERI	NARASUMBER
Hari Ke 1			
1.	08.00 – 08.30	Registrasi	Bagian Diklit
2.	08.30 – 09.00	Pembukaan	Direktur Utama
3.	09.00 – 10.00	Materi Umum SAKIP	
4.	10.00 – 11.00	Perencanaan kinerja	Tim Itjen
5.	11.00 – 12.00	Pengukuran dan Pelaporan Kinerja	
	12.00 – 13.00	Ishoma	
6.	13.00 – 13.45	Evaluasi dan Pencapaian Kinerja	
7.	13.45 – 15.30	Diskusi	
Hari Ke 2			
1.	08.00 – 08.30	Refleksi	Bagian Diklit
2.	08.30 – 09.30	Renstra dan LAKIP RSHS	Tim LAKIP
		a. Indikator Kinerja Utama (IKU) RSB RSHS Tahun 2020-2024	
		b. Definisi operasional	
		c. Formulasi/cara perhitungan	
		d. Target capaian	
3.	09.30 – 10.15	Kebijakan evaluasi SAKIP	Tim Itjen
4.	10.15 – 12.00	Teknik-teknik evaluasi SAKIP	
		a. Perencanaan kinerja	
		b. Pengukuran Kinerja	
		c. Pelaporan Kinerja	
		d. Evaluasi internal	
		e. Pencapaian sasaran	
	12.00 – 13.00	Ishoma	
5.	13.00 – 14.30	Lanjutan teknik-teknik evaluasi SAKIP dan Simulasi KKE	Tim Itjen
	14.30 – 15.15	Diskusi	
Hari Ke 3			
1.	08.00 – 08.30	Refeksi	Bagian Diklit
2.	08.30 – 10.15	Lanjutan : Teknik-teknik Evaluasi SAKIP dan simulasi KKE	Tim Itjen
3.	10.15 – 10.45	Diskusi	
4.	10.45 – 11.00	Penutupan	Direktur
<p>Menghitung jumlah lean project yang dilaksanakan dalam proses bisnis Menghitung jumlah lean project yang dilaksanakan dalam proses bisnis = 4 project</p>			

Capaian jumlah lean project yang terlaksana pada tahun 2021 ditargetkan 4 project, realisasi 4 project atau sebesar 100%. Terdapat kesamaan capaian

pada tahun 2020 dan 2021 karena targetnya sama. Progres capaian kinerja tahun 2021 terhadap jangka menengah tahun 2024 terpenuhi sebesar 50%.

Tabel 3.28
Capaian implementasi lean project Tahun 2021

No	Lean Project	Keterangan
1	Aplikasi Tata Naskah Dinas Elektronik (TNDE)	Efisiensi bisnis proses tata kelola persuratan (waktu dan tenaga) dan efisiensi penggunaan anggaran ATK
2	Program Sistem Aplikasi Pelaporan Rumah Sakit Terintegrasi (Siparkit) di RSHS Bandung	Efisiensi bisnis proses laporan kinerja rumah sakit dan efisiensi penggunaan anggaran ATK
3	Program Integrasi IT Perencanaan, Pengadaan dan Pembayaran di RSHS Bandung	Efisiensi bisnis proses pelaksanaan program dan kegiatan mulai dari perencanaan, pengadaan sampai dengan pembayaran dan efisiensi penggunaan anggaran ATK
4	Sistem Verifikasi Mata Anggaran Aset Tetap di RSHS Bandung	Efisiensi bisnis proses dan mengurangi gap mata anggaran, mengurangi kesalahan dan waktu dalam input mata anggaran, serta meminimalisasi revisi Surat Perintah Membayar (SPM)

Kendala :

1. Tim yang sudah terbentuk belum optimal melakukan analisa, sehingga kurang fokus terhadap prioritas yang diharapkan berdampak lebih besar terhadap perbaikan dan efisiensi pelayanan (*customer oriented*)
2. Pada proses pemilihan project harus selektif, dipilih project yang outputnya dapat berimbang terhadap efisiensi yang akan dilakukan oleh Tim

Upaya Tindak Lanjut :

1. Melakukan revitalisasi tugas dan fungsi tim Tim Lean Project agar lebih optimal dalam penentuan lean project
2. Lean project yang diusulkan berorientasi pada efisiensi bisnis proses yang berdampak langsung terhadap kepuasan pelanggan (efisiensi alur pelayanan pasien, optimalisasi alur administrasi pasien pulang dan efisiensi alur klaim) dan tindak lanjut revitalisasi air minum untuk pegawai

dan Keterlibatan Tim dalam melakukan monitoring dan evaluasi terhadap project yang diusulkan

19. Pertumbuhan Pendapatan Pertahun

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020 dan 2021 serta terhadap jangka menengah tahun 2024, yaitu :

Tabel 3.29
Capaian pendapatan pertahun

Realisasi pendapatan pertahun	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
	3%	1,91%	1%	-2.87	3%
Capaian	63,67%		-287%		-187%

Pendapatan PNBP merupakan pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, tidak termasuk pendapatan dari APBN.

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan pendapatan pertahun :

$$\begin{aligned}
 &= [(pendapatan Tahun Berjalan dikurang Pendapatan Tahun lalu) dibagi (pendapatan tahun lalu)] \times 100\% \\
 &= (-23.593.708.527 / 821.487.174.250) \times 100\% \\
 &= -2,87\%
 \end{aligned}$$

Capaian pendapatan pertahun pada tahun 2021 ditargetkan 1%, realisasi -2,87% atau sebesar -287%. Capaian pertumbuhan pendapatan pertahun pada Tahun 2021 mengalami penurunan sebesar 223%, hal tersebut dikarenakan kasus covid 19 dimana ada pembatasan secara mikro dalam pelayanan mengakibatkan penurunan jumlah kunjungan sehingga pencapaian pendapatan menurun. Progres capaian kinerja tahun 2021 terhadap jangka menengah tahun 2024 terpenuhi sebesar -187 %.

Tabel 3.30
Capaian Pendapatan Pertahun Tahun 2021

No.	Bulan	Tahun 2020	Tahun 2021	%
1	TW1	125.492.581.907,00	66.546.781.655,00	-46,97%
2	April	218.885.825.022,00	114.372.762.875,00	-47,75%
3	Mei	266.753.508.419,00	188.492.913.245,00	-29,34%
4	TWII	303.670.809.167,00	256.679.230.976,00	-15,47%
5	Juli	359.316.994.635,00	310.775.406.648,00	-13,51%
6	Agustus	409.264.754.970,00	343.680.385.576,00	-16,02%
7	TWIII	488.799.924.866,00	414.989.979.911,00	-15,10%
8	Oktober	524.373.370.240,00	521.011.513.112,00	-0,64%
9	Nopember	607.119.542.167,00	688.573.956.930,00	13,42%
10	TW IV	821.487.174.250,00	797.893.465.723,00	-2,87%

Catatan :

Ada koreksi Audit Pendapatan TW 1 Tahun 2021 masuk ke Pendapatan TW 1 Tahun 2020 sekitar Rp 90.851.636.425 yang mengakibatkan berkurangnya Pendapatan Tahun 2021 dan POBO TW 1 2021 mengalami Penurunan

Kendala :

1. *Bridging Sim RS dengan Ina CBG belum terealisasi.*
2. *Bridging Sim RS dengan Sistem BPJS belum terealisasi.*
3. Pencatatan Pendapatan masih dilakukan secara Manual
4. Pencatatan Pendapatan masih mengacu kepada 6 (enam) unit Pelayanan berdasarkan SK Direktur Utama Nomor : HK.02.03/X.4.1.3/15531/2018
Tanggal : 5 September 2018 Tentang Panduan Pelayanan di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung
 - Pelayanan Rawat Darurat
 - Pelayanan Rawat Jalan
 - Pelayanan Rawat Inap
 - Pelayanan Rawat Intensif
 - Pelayanan Operasi
 - Pelayanan Anestesi
 - Pelayanan Penunjang

Upaya Tindaklanjut :

1. Melaksanakan SK Direktur Utama No : HK.02.03/X.4.2.1/26715/2021 Tentang Pembagian Unit Kerja Dalam Penyusunan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) RSUP Dr Hasan Sadikin Bandung.
2. Melaksanakan koordinasi dengan Tim Sim RS (Instalasi SIRS) untuk melakukan *Bridging* Sistem Rumah Sakit dan Ina CBG serta BPJS

20. Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020 dan tahun 2021 serta terhadap jangka menengah tahun 2024, yaitu :

**Tabel 3.31
Capaian POBO**

Realisasi Rasio pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target
	85%	84,25%	76%	93,36%	93%
Capaian	99,12%		122,84%		97,81%

Rasio pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO) adalah membandingkan antara pendapatan PNBP yang diterima rumah sakit dengan biaya operasional yang dikeluarkan. Pendapatan PNBP merupakan seluruh pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (Rupiah Murni). Biaya Operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, berupa Beban Umum dan Administrasi, dan Beban Layanan, dengan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN-RM dan pendapatan PNBP-BLU. Tidak termasuk biaya investasi

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan rasio Pendapatan PNBP terhadap POBO :

Jumlah Pendapatan PNBP dibagi Jumlah Biaya Operasional dikali 100
 $= (797.893.465.723/854.657.452.100) \times 100\% = 93,36\%$

Capaian rasio pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO) pada tahun 2021 ditargetkan 76%, realisasi 93,36% atau sebesar 122,84%. Terdapat kenaikan capaian tahun 2021 dibanding tahun 2020 yaitu sebesar 20,58%. Progres capaian kinerja tahun 2021 terhadap jangka menengah tahun 2024 terpenuhi sebesar 97,81%.

Tabel 3.32
Rincian POBO Tahun 2021

POBO TA 2021		
TAHUN	PENDAPATAN/BIAYA	POBO
TARGET 2021		76
Jan-21	40.432.023.722	82,75
	48.859.463.525	
Feb-21	64.402.396.069	71,37
	90.238.460.810	
Maret 2021 /TW I	152.944.599.309	106,92
	143.044.714.494	
TW I Audited	75.489.034.061	52,77
	143.044.714.494	
Apr-21	114.372.762.875	55,18
	207.278.825.365	
Mei-21	188.492.913.245	64,24
	293.417.432.555	
Juni 2021 /SMT I	259.040.090.462	66,82
	387.653.802.356	
Jul-21	310.775.406.648	65,70
	473.009.171.035	
Agu-21	343.680.385.576	66,66
	515.554.628.994	
Sept 2021/ TW III	414.989.879.911	72,41
	573.083.808.799	
Okt-21	521.011.513.112	81,55
	638.856.504.597	
Nov-21	688.573.956.930	94,22
	730.853.023.302	
TA 2021	797.893.465.723	93,36
	854.657.452.100	

Kendala :

1. Pada awal tahun pendapatan belum mencapai nilai yang optimal, karena proses administrasi klaim untuk tahun berjalan dimulai di Februari dan/atau maret

2. Sementara dengan kondisi tersebut (point 1), pengeluaran berjalan sesuai kebutuhan

Upaya tindaklanjut :

1. Perbaikan kualitas berkas klaim
2. Optimalisasi pelayanan unggulan
3. kendali biaya penunjang medis
 - Disusun regulasi tentang standar pemakaian obat, pemeriksaan lab, pemeriksaan radiologi
 - Dibentuk tim untuk pengawasan jumlah biaya pasien terutama pasien penjaminan terkait plafon jaminan

B. SUMBER DAYA

1. Sumber Daya Manusia

Tabel 3.33 Komposisi SDM berdasarkan jenis tenaga (Desember 2021) :

NO	Rincian Jenis Tenaga	PNS / CPNS KEMENKES	BLU RSHS	Tenaga Mitra RSHS	Tenaga UNPAD	Jumlah
1	Fungsional Non Kesehatan					
1,1	Administrator Kesehatan	1				1
1,2	Analis Hukum	1				1
1,3	Analis Kepegawaian	19				19
1,4	Analisis Pengelolaan Keuangan APBN	6				6
1,5	Arsiparis	3				3
1,6	Auditor	3				3
1,7	Pekerja Sosial	2				2
1,8	Perencana	4				4
1,9	Pranata Humas	5				5
1,10	Pranata Komputer	15				15
2	Tenaga Administrasi					
2,1	Eselon/Struktural	4				4
2,2	Pengadministrasian Umum	141	204	1		346
3	Tenaga Gizi					
3,1	Nutrisionis	33	3			36
4	Tenaga Kebidanan					
4,1	Bidan	51	23			74
5	Tenaga Kefarmasian					
5,1	Apoteker	30	5			35
5,2	Tenaga Teknik Kefarmasian	42	85			127

6	Tenaga Keperawatan					
6,1	Perawat	875	258			1133
7	Tenaga Kesehatan Lingkungan					
7,1	Sanitarian	15				15
8	Tenaga Kesehatan Masyarakat					
8,1	Pembimbing Kesehatan kerja	5	1			6
8,2	Penyuluhan Kesehatan Masyarakat Ahli	1				1
9	Tenaga Keteknisian Medis					
9,1	Audiologi		1			1
9,2	Asisten Penata Anestesi	7				7
9,3	Perekam Medis	56	33			89
9,4	Teknisi Gigi	1	1			2
9,5	Teknisi kardiovaskuler		1			1
9,6	Terapis Gigi Dan Mulut	17				17
10	Tenaga Keterapiant fisik					
10,1	Fisioterapi	15				15
10,2	Okupasi Terapis	3	1			4
10,3	Terapis Wicara	2				2
11	Tenaga Medis					
11,1	Dokter Gigi Spesialis	13			5	18
11,2	Dokter Gigi Umum	1			1	2
11,3	Dokter Spesialis	234	4	9	100	347
11,4	Dokter Umum	25	2			27
12	Tenaga Psikologi Klinis					
12,1	Psikolog	2				2
13	Tenaga Strategis					
13,1	Pekarya & Pelaksana Rumah Tangga	98	46			144
13,2	Pekarya Kesehatan	3	2			5
13,3	Pelaksana CSSD	9	6			15
13,4	Petugas Keamanan	6				6
13,5	Teknisi	45	3			48
13,6	Tenaga Informatika		8			8
14	Tenaga Teknik BioMedika					
14,1	Fisikawan	5				5
14,2	Ortotis Prostetis	3				3
14,3	Pranata Lab Kes	58	38			96
14,4	Radiografer	32	14			46
14,5	Teknisi Elektromedis	12				12
Jumlah Total		1904	738	10	106	2758

Tabel 3.34 Komposisi SDM berdasarkan Jenjang Pendidikan yang telah disesuaikan:

No.	Jenis Pendidikan	Jumlah
1	Dokter spesialis konsultan	213
2	Dokter spesialis	97
3	Dokter umum	24
4	Dokter gigi spesialis	17
5	Dokter gigi	2
6	S-3	38
7	S-2	117
8	S-1 + Profesi	353
9	S-1 / D-4	303
10	D-3	1301
11	D-1	8
12	SLTA	252
13	SLTP	30
14	SD	3
Jumlah		2758

Tabel 3.35 Komposisi SDM berdasarkan Jenis Jabatan :

NO	JENIS JABATAN	JUMLAH
1	Eselon II.b	4
2	Dokter Pendidik Klinis Ahli Utama	43
3	Dokter Pendidik Klinis Ahli Madya	81
4	Dokter Pendidik Klinis Ahli Muda	66
5	Dokter Gigi Ahli Utama	1
6	Dokter Gigi Ahli Madya	6
7	Dokter Gigi Ahli Muda	3
8	Dokter Gigi Ahli Pertama	2
9	Dokter Ahli Madya	7
10	Dokter Ahli Muda	16
11	Dokter Ahli Pertama	9
12	Perawat Ahli Madya	69
13	Perawat Ahli Muda	152
14	Perawat Ahli Pertama	81
15	Perawat Penyelia	269
16	Perawat Mahir	185
17	Perawat Terampil	57
18	Bidan Ahli Madya	3
19	Bidan Ahli Muda	6
20	Bidan Ahli Pertama	5
21	Bidan Penyelia	5
22	Bidan Mahir	25

23	Bidan Terampil	5
24	Apoteker Ahli Madya	15
25	Apoteker Ahli Muda	6
26	Apoteker Ahli Pertama	3
27	Tenaga Teknis Kefarmasian Penyelia	8
28	Tenaga Teknis Kefarmasian Mahir	9
29	Tenaga Teknis Kefarmasian Terampil	10
30	Asisten Penata Anestesi Penyelia	3
31	Asisten Penata Anestesi Mahir	4
32	Fisikawan Medis Ahli Madya	2
33	Fisikawan Medis Ahli Muda	2
34	Fisikawan Medis Ahli Pertama	1
35	Nutrisionis Ahli Madya	8
36	Nutrisionis Ahli Muda	15
37	Nutrisionis Ahli Pertama	6
38	Fisioterapis Ahli Madya	6
39	Fisioterapis Penyelia	2
40	Fisioterapis Mahir	2
41	Fisioterapis Terampil	3
42	Terapis gigi dan Mulut Ahli Madya	4
43	Terapis gigi dan Mulut Penyelia	12
44	Terapis gigi dan Mulut Mahir	1
45	Perekam Medis Ahli Muda	6
46	Perekam Medis Ahli Pertama	3
47	Perekam Medis Penyelia	7
48	Perekam Medis Mahir	25
49	Perekam Medis Terampil	11
50	Pranata Laboratorium Kesehatan Ahli Madya	8
51	Pranata Laboratorium Kesehatan Ahli Muda	17
52	Pranata Laboratorium Kesehatan Ahli Pertama	2
53	Pranata Laboratorium Kesehatan Penyelia	20
54	Pranata Laboratorium Kesehatan Mahir	3
55	Pranata Laboratorium Kesehatan Terampil	6
56	Radiografer Ahli Madya	8
57	Radiografer Ahli Muda	2
58	Radiografer Ahli Pertama	2
59	Radiografer Penyelia	3
60	Radiografer Mahir	5
61	Radiografer Terampil	9
62	Psikologi Klinis Madya	1
63	Psikologi Klinis Muda	1
64	Sanitarian Ahli Madya	5
65	Sanitarian Ahli Muda	2
66	Sanitarian Ahli Pertama	1
67	Sanitarian Penyelia	6

68	Sanitarian Mahir	1
69	Teknisi Elektromedis Ahli Madya	7
70	Teknisi Elektromedis Ahli Muda	3
71	Teknisi Elektromedis Ahli Pertama	1
72	Teknisi Elektromedis Mahir	1
73	Terapis Wicara Penyelia	1
74	Terapis Wicara Mahir	1
75	Okupasi Terapis mahir	1
76	Ortotis Prostetis Terampil	3
77	Pembimbing Kesehatan Kerja Ahli Muda	3
78	Penyuluhan Kesehatan Masyarakat Ahli Pertama	1
79	Pekerja Sosial Ahli Madya	1
80	Administrator Kesehatan Ahli Muda	1
81	Analisis Hukum Ahli Madya	1
82	Analisis Kepegawaian Ahli Madya	1
83	Analisis Kepegawaian Ahli Muda	10
84	Analisis Kepegawaian Ahli Pertama	4
85	Analisis Kepegawaian Penyelia	2
86	Analisis Kepegawaian Mahir	2
87	Analisis Kepegawaian Terampil	3
88	Analisis Pengelolaan Keuangan APBN Ahli Madya	3
89	Analisis Pengelolaan Keuangan APBN Ahli Muda	6
90	Analisis Pengelolaan Keuangan APBN Ahli Pertama	1
91	Arsiparis Ahli Madya	2
92	Arsiparis Ahli Muda	3
93	Arsiparis Mahir	2
94	Arsiparis Terampil	2
95	Auditor Ahli Muda	3
96	Pengelola Pengadaan Barang/Jasa Ahli Muda	3
97	Pengelola Pengadaan Barang/Jasa Ahli Pertama	1
98	Perencana Ahli Madya	2
99	Perencana Ahli Muda	4
100	Perencana Ahli Pertama	2
101	Pranata Hubungan Masyarakat Ahli Madya	1
102	Pranata Hubungan Masyarakat Ahli Muda	3
103	Pranata Hubungan Masyarakat Ahli Pertama	1
104	Pranata Keuangan APBN Mahir	2
105	Pranata Keuangan APBN Penyelia	1
106	Pranata Keuangan APBN Terampil	1
107	Pranata Komputer Ahli Madya	1
108	Pranata Komputer Ahli Muda	4
109	Pranata Komputer Ahli Pertama	4
110	Pranata Komputer Terampil	1
111	Pustakawan Ahli Pertama	1
112	Staf (Jabatan Pelaksana)	427

113	Pegawai Non PNS BLU	738
114	Staf Medis Unpad	106
115	Tenaga Kontrak BLU (Tenaga Mitra)	10
	Total Jumlah Pegawai Desember 2021	2758

2. Sumber Daya Sarana dan Prasarana

Tabel 3.36
Posisi Barang Milik Negara (BMN) RSHS
per 31 Desember - Tahun 2021

No	URAIAN	Qtt	KEADAAN/KONDISI			Nilai (Rp)
			BAIK	RUSAK RINGAN	RUSAK BERAT	
A	TANAH	87.798	-	-	-	2.381.708.969.000
2,01,01	Tanah Persil	87.798	-	-	-	2.381.708.969.000
B	PERALATAN DAN MESIN	48.215	46.571	376	1.268	1.208.503.382.979
3,01,01	Alat Besar Darat	2	1	1	-	9.105.000
3,01,02	Alat Besar Apung	39	39	-	-	62.626.000
3,01,03	Alat Bantu	123	120	-	3	35.098.321.202
3,02,01	Alat Angkutan Darat Bermotor	29	25	-	4	6.465.901.850
3,02,02	Alat Angkutan Darat Tak Bermotor	150	141	8	1	1.608.779.850
3,03,01	Alat Bengkel Bermesin	38	33	1	4	432.643.516
3,03,02	Alat Bengkel Tak Bermesin	217	214	3	-	208.973.440
3,03,03	Alat Ukur	263	263	-	-	1.194.728.766
3,04,01	Alat Pengolahan	280	278	-	2	457.850.152
3,05,01	Alat Kantor	5.579	5.403	88	88	22.979.036.183
3,05,02	Alat Rumah Tangga	14.427	13.957	90	380	72.623.521.007
3,06,01	Alat Studio	503	497	-	6	9.487.247.317
3,06,02	Alat Komunikasi	930	870	6	54	4.216.164.481
3,06,03	Peralatan Pemancar	15	15	-	-	6.665.979.457
3,07,01	Alat Kedokteran	16.525	15.997	129	399	877.641.948.634
3,07,02	Alat Kesehatan Umum	801	801	-	-	3.752.651.468
3,08,01	Unit Alat Laboratorium	2.424	2.280	47	97	50.354.066.644
3,08,02	Unit Alat Laboratorium Kimia Nuklir	575	574	-	1	2.060.687.656
3,08,03	Alat Laboratorium Fisika Nuklir/Elektronika	76	75	1	-	37.756.783.801
3,08,04	Alat Proteksi Radiasi/Proteksi Lingkungan	136	91	-	45	3.516.385.490
3,08,05	Radiation Application&Non Destructive Testing Laboratory	1	1	-	-	58.991.000
3,08,06	Alat Laboratorium Lingkungan Hidup	313	312	-	1	3.095.229.512
3,08,07	Peralatan Laboratorium Hydrodinamica	28	28	-	-	842.050.000
3,08,08	Alat Laboratorium Standarisasi Kalibrasi & Instrumentasi	183	183	-	-	1.595.717.380
3,09,02	Persenjataan Non Senjata Api	1	1	-	-	49.635.455
3,09,04	Alat Khusus Kepolisian	1	1	-	-	9.999.000
3,10,01	Komputer Unit	1.836	1.751	-	85	20.498.172.817
3,10,02	Peralatan Komputer	2.204	2.108	2	94	19.182.449.496
3,11,02	Alat Eksplorasi Geofisika	1	1	-	-	171.000
3,13,03	Pengolahan dan Pemurnian	2	2	-	-	1.310.318.185
3,15,02	Alat Pelindung	24	24	-	-	240.617.500
3,15,03	Alat Sar	9	8	-	-	81.293.025
3,15,04	Alat Kerja Penerbangan	27	27	-	-	150.501.386
3,16,01	Alat Peraga Pelatihan dan Percontohan	73	73	-	-	21.820.357.020
3,17,01	Unit Peralatan Proses/Produksi	354	358	-	4	2.946.433.994
3,19,01	Peralatan Olah Raga	26	26	-	-	28.044.295

No	URAIAN	Qtt	KEADAAN/KONDISI			Nilai (Rp)
			BAIK	RUSAK RINGAN	RUSAK BERAT	
C.	GEDUNG DAN BANGUNAN	79	72	2	5	643.842.930.688
4,01,01	Bangunan Gedung Tempat Kerja	66	63	2	1	643.407.945.088
4,01,02	Bangunan Gedung Tempat Tinggal	1	1	-	-	163.423.000
4,04,01	Tugu/Tanda Batas	12	8	-	4	271.562.600
D.	JALAN DAN JEMBATAN	22.271	22.266	4	1	3.998.002.500
5,01,01	Jalan	22.271	22.266	4	1	3.998.002.500
E.	IRIGASI	17	17	-	-	5.288.362.080
5,02,04	Bangunan Pengaman Sungai/Pantai & Penanggulangan Bencana Alam	1	1	-	-	2.667.941.990
5,02,05	Bangunan Pengembangan Sumber Air dan Sumber	6	6	-	-	187.954.000
5,02,06	Bangunan Air Bersih/Air Baku	3	3	-	-	19.755.470
5,02,07	Bangunan Air Kotor	7	7	-	-	2.412.710.620
F.	JARINGAN	57	57	-	-	4.674.937.308
5,03,01	Instalasi Air Bersih/Air Baku	2	2	-	-	302.839.000
5,03,07	Instalasi Pertahanan	1	1	-	-	20.320.300
5,03,08	Instalasi Gas	1	1	-	-	42.176.200
5,03,10	Instalasi Lain	2	2	-	-	35.833.600
5,04,02	Jaringan Listrik	50	50	-	-	4.252.033.208
5,04,03	Jaringan Telephone	1	1	-	-	21.735.000
G.	ASET TETAP LAINNYA	929	929	-	-	77.197.462
6,01,01	Bahan Perpustakaan Tercetak	929	929	-	-	77.197.462
H.	ASET TETAP YANG TIDAK DIGUNAKAN	844	-	-	844	33.664.054.518
3,01,03	Alat Bantu	3	-	-	3	181.777.160
3,01,01	Alat Besar Darat	-	-	-	-	-
3,02,01	Alat Angkutan Darat Bermotor	4	-	-	4	819.319.375
3,02,02	Alat Angkutan Darat Tak Bermotor	1	-	-	1	100.000
3,03,01	Alat Bengkel Bermesin	4	-	-	4	5.656.000
3,03,02	Alat Bengkel Tak Bermesin	-	-	-	-	-
3,03,03	Alat Ukur	-	-	-	-	-
3,04,01	Alat Pengolahan	2	-	-	2	148.000
3,05,01	Alat Kantor	88	-	-	88	74.788.350
3,05,02	Alat Rumah Tangga	328	-	-	328	610.840.237
3,06,01	Alat Studio	6	-	-	6	35.382.000
3,06,02	Alat Komunikasi	27	-	-	27	19.108.000
3,07,01	Alat Kedokteran	182	-	-	182	26.044.116.275
3,08,01	Unit Alat Laboratorium	33	-	-	33	3.977.238.290
3,08,02	Unit Alat Laboratorium Kimia Nuklir	-	-	-	-	-
3,08,08	Alat Laboratorium Standarisasi Kalibrasi & Instrume	-	-	-	-	-
3,10,01	Komputer Unit	84	-	-	84	669.854.500
3,10,02	Peralatan Komputer	78	-	-	78	470.979.805
3,17,01	Unit Peralatan Proses/Produksi	4	-	-	4	754.746.526
4,01,01	Bangunan Gedung Tempat Kerja	-	-	-	-	-
4,01,02	Bangunan Gedung Tempat Tinggal	-	-	-	-	-
I.	PATEN	63	63	-	-	5.784.047.371
8,01,01	Aset Tak Berwujud	63	63	-	-	5.784.047.371
J.	KONTRUKSI DALAM PENGERJAAN	-	-	-	-	4.736.708.400
7,01,01	Gedung dan Bangunan	-	-	-	-	4.736.708.400
K.	ASET TAK BERWUJUD DALAM PENGERJAAN	-	-	-	-	-

Sumber daya sarana dan prasarana atau Barang Milik Negara (BMN) yang dimiliki RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung adalah sebagaimana pada dokumen Laporan Barang Kuasa Pengguna Tahunan Tahun Anggaran 2021. Barang Milik Negara (BMN) Gabungan Intrakomptabel dan Ekstrakomtable RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung per 31 Desember Tahun Anggaran 2021 bernilai nominal sebesar Rp4.285.537.037.609,- dengan uraian per kelompok barang sebagai berikut:

- a. Tanah, dengan kode kelompok barang 131111, seluas 87.798 M² dengan nilai nominal sebesar Rp2.381.708.969.000,-
- b. Peralatan dan Mesin, dengan kode kelompok barang 132111, sejumlah 48.215 unit dengan nilai nominal sebesar Rp1.208.503.382.979,-
- c. Gedung dan Bangunan, dengan kode kelompok barang 133111, sejumlah 79 unit dengan nilai nominal sebesar Rp634.842.930.688,-
- d. Jalan dan Jembatan, dengan kode kelompok barang 134111, 22.271m² lokasi dengan nilai nominal sebesar Rp3.998.002.500,-
- e. Irigasi, dengan kode kelompok barang 134112, sejumlah 17 unit dengan nilai nominal sebesar Rp5.288.362.080,-
- f. Jaringan, dengan kode kelompok barang 134113, sejumlah 57 unit dengan nilai nominal sebesar Rp4.674.937.308,-
- g. Konstruksi dalam pengrajan gedung dan bangunan dengan kode kelompok 136111 sebesar Rp4.736.708.400,-
- h. Aset tidak berwujud, dengan kode kelompok barang 162151, 162161, dan 162171, dengan nilai nominal sebesar Rp5.784.047.371,-
- i. Aset Tetap Lainnya, dengan kode kelompok 135121, sejumlah 929 unit dengan nilai nominal sebesar Rp77.197.462,-
- j. Aset tetap yang tidak digunakan, dengan kode kelompok barang 166112, sejumlah 844 unit dengan nilai nominal sebesar Rp33.664.054.518,-

3. Sumber Daya Anggaran dan Realisasi

Tabel 3.37
Sumber Daya Anggaran

NO	URAIAN	PAGU (Rp)	REALISASI	%
I	Anggaran APBN (RM)			
	A. Belanja Pegawai	141.385.367.000	141.206.169.148	99,87
	- Belanja Gaji Pokok PNS	94.626.255.000	94.625.813.900	100,00
	- Belanja Pembulatan Gaji PNS	1.419.000	1.414.203	99,66
	- Belanja Tunjangan Suami/ Istri PNS	7.056.051.000	7.055.804.590	100,00
	- Belanja Tunjangan Anak PNS	2.024.459.000	2.024.055.178	99,98
	- Belanja Tunjangan Struktural PNS	420.402.000	420.400.000	100,00
	- Belanja Tunjangan Fungsional PNS	12.284.815.000	12.159.058.700	98,98
	- Belanja Tunjangan PPh PNS	460.290.000	410.670.437	89,22
	- Belanja Tunjangan Beras PNS	5.385.659.000	5.385.658.140	100,00
	- Belanja Uang Makan PNS	16.984.642.000	16.984.641.000	100,00
	- Belanja Tunjangan Umum PNS	1.264.762.000	1.264.760.000	100,00
	- Belanja Lembur	876.613.000	873.893.000	99,69
	B. Belanja Modal	5.867.399.000	5.867.398.370	99,99999
	- Alat Kesehatan dan Pendidikan	5.867.399.000	5.867.398.370	99,99999
	- Gedung	0	0	0
	- Fasilitas Perkantoran	0	0	0
	- Kendaraan	0	0	0
	C. Belanja Operasional	5.421.600.000	5.395.461.090	99,51787
	- Listrik, Air, dan Telepon	3.000.000.000	2.995.485.090	-
	- Makanan/ Minuman	-	-	-
	- Obat-obatan	2.400.000.000	2.399.976.000	-
	- Belanja Barang Operasional Lainnya	21.600.000	-	-
	TOTAL I	152.674.366.000	152.469.028.608	99,86551
II	Anggaran PNBP-BLU			
	A. Belanja Barang	792.328.183.000	666.002.325.469	84,05637
	- Belanja Pegawai	295.772.991.000	261.179.350.792	88,30399
	- Belanja Barang	57.694.332.000	52.886.843.345	91,66731
	- Belanja Jasa	16.813.919.000	10.565.355.678	62,83696
	- Belanja Pemeliharaan	29.908.448.000	26.668.890.689	89,16842
	- Belanja Perjalanan	600.000.000	563.190.649	93,86511
	- Belanja Penye. Barang Jasa BLU	76.886.224.000	46.239.923.757	60,14071
	- Belanja Persediaan Konsumsi	275.019.615.000	249.877.133.065	90,85793
	- Belanja Persediaan Pemeliharaan	3.579.644.000	1.913.039.161	53,44216

- Belanja Jasa BLU kepada BLU Lain	0	0	0
- Belanja Barang BLU - COVID-19	35.394.000	0	0
- Belanja Barang Persediaan BLU - COVID-19	36.017.616.000	16.108.598.333	44,72422
- Belanja Jasa BLU - COVID-19	0	0	0
Belanja Pemeliharaan BLU - COVID-19	0	0	0
<hr/>			
B. Belanja Modal	106.037.303.000	78.787.405.888	74,30159
- Peralatan dan Mesin	46.546.527.000	38.142.326.238	81,94452
- Gedung dan Bangunan	30.345.221.000	19.907.752.394	65,60424
- Peralatan dan Mesin terkait COVID19	28.921.711.000	20.574.027.776	71,13697
- Gedung dan Bangunan terkait COVID19	223.844.000	163.299.480	72,95236
TOTAL II	898.365.486.000	744.789.731.357	82,90498
TOTAL (I+II)	1.051.039.852.000	897.258.759.965	85,36867

Tabel 3.38
Laporan Operasional Tahun 2021

Tanggal : 19/01/22
Kode Laporan: lu_losatker
Halaman : 1

**LAPORAN OPERASIONAL
TINGKAT SATUAN KERJA**
UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR SAMPAI DENGAN 31 DESEMBER 2021 DAN 2020
(DALAM RUPIAH)

KEMENTERIAN NEGARA/LEMBAGA : 024	KEMENTERIAN KESEHATAN
UNIT ORGANISASI : 04	DITJEN PELAYANAN KESEHATAN
WILAYAH/PROVINSI : 0200	JAWA BARAT
SATUAN KERJA : 415479	RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG

JENIS KEWENANGAN : KD KANTOR DAERAH

URAIAN	JUMLAH		Kenaikan (Penurunan)	
	2021	2020	Jumlah	%
1	2	3	4	5
KEGIATAN OPERASIONAL				
PENDAPATAN OPERASIONAL				
Pendapatan Alokasi APBN	152,132,079,463	375,853,193,156	(223,721,113,693)	(59.52)
Pendapatan Jasa Layanan dari Masyarakat	454,939,008,567	655,221,805,391	(200,282,796,824)	(30.56)
Pendapatan Jasa Layanan dari Entitas Lain	315,736,114,030	70,575,029,900	245,161,084,130	347.37
Pendapatan Hibah BLU	4,551,379,409	84,511,890,776	(79,960,511,367)	(94.61)
Pendapatan Hasil Kerja Sama BLU	1,971,766,233	2,527,077,480	(555,311,247)	(21.97)
Pendapatan BLU Lainnya	10,132,744,207	8,651,370,703	1,481,373,504	17.12
JUMLAH PENDAPATAN OPERASIONAL	939,463,091,909	1,197,340,367,406	(257,877,275,497)	(21.54)
BEBAN OPERASIONAL				
Beban Pegawai	405,838,691,031	384,419,764,275	21,418,926,756	5.57
Beban Persediaan	317,265,158,660	331,077,996,352	(13,812,837,692)	(4.17)
Beban Barang dan Jasa	114,017,311,810	109,736,918,506	4,280,393,304	3.90
Beban Pemeliharaan	27,558,773,595	22,626,163,056	4,932,610,539	21.80
Beban Perjalanan Dinas	563,190,649	251,757,952	311,432,697	123.70
Beban Barang untuk Dijual/Diserahkan kepada Masyarakat	0	0	0	0.00
Beban Bantuan Sosial	0	0	0	0.00
Beban Penyusutan dan Amortisasi	124,689,504,598	119,914,342,395	4,775,162,203	3.98
Beban Penyisihan Piutang Tak Tertagih	933,997,208	1,686,516,148	(752,518,940)	(44.61)
JUMLAH BEBAN OPERASIONAL	990,866,627,551	969,713,458,684	21,153,168,867	2.18
SURPLUS/(DEFISIT) DARI KEGIATAN OPERASIONAL	(51,403,535,642)	227,626,908,722	(279,030,444,364)	(122.60)
KEGIATAN NON OPERASIONAL				
Surplus (Defisit) Penjualan Aset Non Lancar				
Pendapatan Pelepasan Aset Non Lancar	440,845,276	304,340,553	136,504,723	44.85
Beban Pelepasan Aset Non Lancar	0	23,950,538,762	(23,950,538,762)	(100.00)
JUMLAH Surplus (Defisit) Penjualan Aset Non Lancar	440,845,276	(23,646,198,209)	24,087,043,485	101.90
Surplus (Defisit) dari Kegiatan Non Operasional Lainnya				
Pendapatan Kegiatan Non Operasional Lainnya	1,109,115,811	1,890,534,102	(781,418,291)	(41.33)
Beban Kegiatan Non Operasional Lainnya	1,241,674,913	2,890,499,143	(1,648,824,230)	(57.04)
JUMLAH Surplus (Defisit) dari Kegiatan Non Operasional Lainnya	(132,559,102)	(999,965,041)	867,405,939	(86.74)
SURPLUS/(DEFISIT) DARI KEGIATAN NON OPERASIONAL	308,286,174	(24,646,163,250)	24,954,449,424	(101.30)
SURPLUS / (DEFISIT) - LO	(51,095,249,468)	202,980,745,472	(254,075,994,940)	(125.20)

Tanggal : 19/01/22
 Kode Laporan: lu_losatker
 Halaman : 2

**LAPORAN OPERASIONAL
TINGKAT SATUAN KERJA**
**UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR SAMPAI DENGAN 31 DESEMBER 2021 DAN 2020
(DALAM RUPIAH)**

KEMENTERIAN NEGARA/LEMBAGA : 024 KEMENTERIAN KESEHATAN
 UNIT ORGANISASI : 04 DITJEN PELAYANAN KESEHATAN
 WILAYAH/PROVINSI : 0200 JAWA BARAT
 SATUAN KERJA : 415479 RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG

JENIS KEWENANGAN : KD KANTOR DAERAH

URAIAN	JUMLAH		Kenaikan (Penurunan)	
	2021	2020	Jumlah	%
1	2	3	4	5

✓ Plt. Direktur Utama ✓


 dr. Irayanti, Sp.M, MARS
 NIP.196201231989012001

C. EFISIENSI SUMBER DAYA

1. Efisiensi implementasi lean project yang dipilih tahun 2021 salah satunya adalah penggunaan Tata Naskah Dinas Elektronik (TNDE), yang sebelumnya RSHS menggunakan aplikasi E-Office.

Tata naskah dinas elektronik ini dalam segi fitur cukup dapat menjawab kebutuhan dari pengguna, pembuatan surat dapat dilakukan pada aplikasi ini, e-sign sudah dapat digunakan, begitu juga dengan pengiriman surat dapat dilakukan pada aplikasi ini. Pengiriman tidak hanya internal namun dapat dilakukan pada seluruh instansi di Lingkungan Kementerian Kesehatan, dengan syarat instansi dimaksud sudah memakai aplikasi TNDE

Adapun efisiensi yang di dapat dari penggunaan TNDE ini adalah :

- a. **Distribusi/Pengiriman surat:** pendistribusian surat internal tidak menggunakan lagi jasa kurir / Pekarya (Efisiensi SDM)
- b. **Alur Surat:** surat dengan menggunakan aplikasi TNDE secara elektronik alurnya lebih cepat, pengiriman dapat diandalkan
- c. **Waktu perjalanan surat:** lebih singkat, sehingga untuk pengambilan keputusan atau eksekusi realisasi surat dimaksud lebih cepat
- d. **Penggunaan ATK:** mengurangi penggunaan ATK (kertas, printer, tinta printer, dll)

Realisasi pengadaan dan pemakaian ATK tahun 2021 Rp. 1.512.946.632 lebih rendah dibandingkan tahun 2020 sebesar Rp.1.614.267.483 sehingga terjadi selisih sebesar Rp. 101.320.851 atau terjadi penurunan 6,3%. Penurunan terjadi karena diberlakukannya aplikasi Tata Naskah Dinas Elektronik (TNDE) yang diberlakukan di seluruh RSHS

2. Sebelumnya foto copy dikelola oleh masing masing unit kerja (11 unit kerja), saat ini foto copy dikelola oleh Bag Umum, dengan dibuat PKS secara Kolektif (12 unit), ditunjuk pj tiap unit. Dari pengadaan sewa foto copy tersebut terdapat efisiensi. Adapun besaran perhitungannya seperti pada table dibawah :

No	Uraian Kegiatan	Unit	Sewa/Unit	Sewa/Bulan	Total/Tahun	Keterangan
1	Sewa Mesin Foto Copy (maksimal pemakaian sampai dengan 57.000 lembar)	12	716.667	8.600.000	103.200.000	
	Pemakaian diatas 57.000 lembar (lembar ke 57.001 dan seterusnya dikenakan tarif) selama 12 bulan	per lembar	80		33.466.376	
	Jumlah pembayaran/tagihan dari penyedia mesin foto copy selama tahun 2021				136.666.376	
	Penerimaan Operasional Mesin FC Gedung Anggrek (1 unit) yang disetorkan ke RSHS Bandung				87.533.700	
	Jumlah dana yang dikeluarkan oleh RSHS Bandung selama tahun 2021				49.132.676	47,61

Pendapatan operasional mesin fotokopi di Gedung Anggrek sebesar Rp.87.533.800,- yang langsung di setor ke RSHS akan mensubsidi biaya operasional sewa mesin fotokopi

3. Efisiensi Perjalanan Dinas

Pengendalian SPPD, untuk setiap kegiatan maksimal 2 (dua) peserta

No	Uraian Kegiatan	RKAKL			Keterangan
		Pagu	Realisasi	Sisa	
1	Biaya Perjalanan Dinas TA 2020	1.025.696.000	251.757.952	773.938.048	24,55%
2	Biaya Perjalanan Dinas TA 2021	600.000.000	563.190.649	36.809.351	93,87%

4. Pemberian konsumsi berdasarkan kriteria lama rapat, pengendalian adalah dengan cara unit kerja meminta persetujuan dari Bagian Umum.
5. Pengendalian barang cetakan (pada tahun 2021 bisa berkurang), serta pengendalian kebutuhan ATK, dengan pembuatan software.

6. Linen Non Medis

Realisasi pengadaan dan pemakaian Linen Non Medik tahun 2021 Rp. 515.640.630 lebih rendah dibandingkan tahun 2020 sebesar Rp. 1.478.671.803 dengan selisih sebesar Rp. 963.031.173 atau terjadi penurunan 65,1%.

Selisih penurunan terjadi karena pada tahun 2020 diadakan pengadaan baju kerja pegawai untuk memfasilitasi keamanan karyawan selama di RSHS pada saat Pandemi Covid, sedangkan pada tahun 2021 pengadaan baju kerja hanya diberlakukan untuk pegawai baru dan ruangan2 tertentu.

7. Limbah Medis

Pengelolaan limbah medis pada tahun 2021 mengalami penurunan 32,6% (Rp 926.022.411) dari Rp 2.842.019.943 pada tahun 2020 menjadi Rp 1.915.988.532 pada tahun 2021.

Efisiensi sebesar Rp 926.022.411,- terjadi karena adanya lelang konsolidasi dengan rumah sakit lain yang dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan.

Realisasi pembayaran tahun 2021 sebesar Rp 802.810.505,- hal ini disebabkan adanya keterlambatan pemberkasan penagihan sebesar Rp 1.113.178.027.

8. Perangkat Pengolah Data

Efisiensi dari perangkat pengolah data sebesar Rp 1.290.194.390,- berasal dari pengadaan :

- a. meja laptop untuk mendukung operasional *elektronic medical record* (EMR) dengan nilai sebesar Rp 1.150.530.000,- (61,8%) berdasarkan pada hasil lelang, dari perencanaan sebesar Rp 1.820.347.734,- menjadi Rp 709.500.000,-
- b. pengadaan hardware SIMRS sebesar Rp 71.335.766,- (5,3%) dari Rp 1.344.695.766,- menjadi Rp 1.273.360.000,-
- c. Perangkat jaringan SIMRS sebesar Rp 108.010.890,- (8,7%) dari Rp 1.244.759.000 menjadi Rp 1.136.748.110

BABIV

KESIMPULAN

Capaian kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung tahun 2021 dalam meningkatkan pelayanan kesehatan, pendidikan dan penelitian dapat dilihat melalui hasil pengukuran pencapaian target tiap-tiap indikator yang mendukung sasaran program sesuai dengan Rencana Strategis Bersama (RSB) RSUP Dr. Hasan Sadikin Tahun 2020 – 2024 dan capaian dari kegiatan yang merupakan tugas pokok dan fungsi di tiap-tiap Bagian.

Pada umumnya kinerja pelaksanaan kegiatan untuk mendukung program-program yang ada telah mendekati pencapaian maksimal sesuai target yang telah direncanakan, adapun permasalahan-permasalahan yang dihadapi tahun 2021 dipengaruhi adanya peningkatan kasus Covid-19 di RSHS (Juli-September), berdampak terhadap penurunan kunjungan di rawat jalan karena adanya kebijakan pembatasan layanan, berkurangnya jumlah pasien non Covid yang dirawat inap, berkurangnya kunjungan di IGD, menurunnya jumlah tindakan operasi di IBS, dan berkurangnya pendapatan rumah sakit yang berasal dari area pelayanan. Hal tersebut menyebabkan belum tercapainya target beberapa indikator kinerja utama (IKU) tahun 2021.

Keberhasilan yang telah dicapai pada tahun 2021 diharapkan dapat menjadi parameter agar kegiatan-kegiatan di masa mendatang dapat dilaksanakan secara lebih efektif dan efisien. Sedangkan untuk hal-hal yang menghambat tercapainya target dan rencana pelaksanaan kegiatan diharapkan yang akan menjadi perhatian utama dalam pelaksanaan program dan kegiatan Tahun 2022.

Laporan akuntabilitas kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin ini selain merupakan media pertanggungjawaban kinerja, juga diharapkan dapat digunakan sebagai alat komunikasi dan bahan masukan bagi para pemangku jabatan baik dilingkungan RSUP Dr. Hasan Sadikin maupun di tingkat Kementerian Kesehatan RI dalam rangka peningkatan kinerja dimasa yang akan datang.

Lampiran

1. Laporan Neraca Tahun 2021

NERACA
SATUAN KERJA BADAN LAYANAN
PER 31 DESEMBER 2021 DAN 2020
(DALAM RUPIAH)

Kode Laporan: NSAJE1T
 Tanggal : 19/01/22
 Halaman : 1

KEMENTERIAN NEGARA/LEMBAGA : 024	KEMENTERIAN KESEHATAN
UNIT ORGANISASI : 04	DITJEN PELAYANAN KESEHATAN
WILAYAH/PROVINSI : 0200	JAWA BARAT
SATUAN KERJA : 415479	RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG

JENIS KEWENANGAN : KD	KANTOR DAERAH
-----------------------	---------------

NAMA PERKIRAAN	JUMLAH		Kenaikan (Penurunan)	
	2021	2020	Jumlah	%
1	2	3	4	5
ASET				
ASSET LANCAR				
Kas Lainnya dan Setara Kas	333,161,700	22,902,407	310,259,293	1,354.70
Kas pada Badan Layanan Umum	367,356,101,976	250,514,021,247	116,842,080,729	46.64
Piutang dari kegiatan Operasional Badan Layanan Umum	99,342,904,169	179,774,392,470	(80,431,488,301)	(44.74)
Penyisihan Piutang Tidak Tertagih - Piutang dari Kegiatan Operasional BLU	(66,514,307,522)	(65,540,759,102)	(973,548,420)	1.48
<i>Piutang dari Kegiatan Operasional BLU (Netto)</i>	<i>32,828,596,647</i>	<i>114,233,633,368</i>	<i>(81,405,036,721)</i>	<i>(71.26)</i>
Piutang dari Kegiatan Non Operasional Badan Layanan Umum	1,727,543,873	476,538,327	1,251,005,546	262.51
Penyisihan Piutang Tidak Tertagih - Piutang dari Kegiatan Non Operasional BLU	(8,637,720)	(56,826,652)	48,188,932	(84.79)
<i>Piutang dari Kegiatan Non Operasional BLU (Netto)</i>	<i>1,718,906,153</i>	<i>419,711,675</i>	<i>1,299,194,478</i>	<i>309.54</i>
Persediaan	52,217,051,424	78,372,921,478	(26,155,870,054)	(33.37)
JUMLAH ASSET LANCAR	454,453,817,900	443,563,190,175	10,890,627,725	2.45
ASSET TETAP				
Tanah	2,381,708,969,000	2,381,708,969,000	0	0.00
Peralatan dan Mesin	1,208,503,382,979	1,155,461,028,522	53,042,354,457	4.59
Gedung dan Bangunan	643,842,930,688	635,503,624,610	8,339,306,078	1.31
Jalan, Irigasi dan Jaringan	13,961,301,888	11,293,359,898	2,667,941,990	23.62
Aset Tetap Lainnya	77,197,462	77,197,462	0	0.00
Konstruksi Dalam Pengerajan	4,736,708,400	166,496,000	4,570,212,400	2,744.93
Akumulasi Penyusutan	(1,000,312,791,966)	(891,100,955,568)	(109,211,836,398)	12.25
JUMLAH ASSET TETAP	3,252,517,698,451	3,293,109,719,924	(40,592,021,473)	(1.23)
ASSET LAINNYA				
Aset Tak Berwujud	5,784,047,371	5,784,047,371	0	0.00
Aset Lain-lain	33,664,054,518	16,108,908,433	17,555,146,085	108.97
Akumulasi Penyusutan/Amortisasi Aset Lainnya	(37,389,637,761)	(19,442,263,368)	(17,947,374,393)	92.31
JUMLAH ASSET LAINNYA	2,058,464,128	2,450,692,436	(392,228,308)	(16.00)
JUMLAH ASSET	3,709,029,980,479	3,739,123,602,535	(30,093,622,056)	(0.80)
KEWAJIBAN				
KEWAJIBAN JANGKA PENDEK				
Utang kepada Pihak Ketiga	40,975,033,812	30,548,683,913	10,426,349,899	34.13
Pendapatan Diterima Dimuka	244,500,000	965,260,687	(720,760,687)	(74.67)
JUMLAH KEWAJIBAN JANGKA PENDEK	41,219,533,812	31,513,944,600	9,705,589,212	30.79
JUMLAH KEWAJIBAN	41,219,533,812	31,513,944,600	9,705,589,212	30.79

**NERACA
SATUAN KERJA BADAN LAYANAN
PER 31 DESEMBER 2021 DAN 2020
(DALAM RUPIAH)**

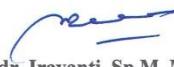
Kode Laporan: NSAE1T
Tanggal : 19/01/22
Halaman : 2

KEMENTERIAN NEGARA/LEMBAGA	:	024	KEMENTERIAN KESEHATAN
UNIT ORGANISASI	:	04	DITJEN PELAYANAN KESEHATAN
WILAYAH/PROPINSI	:	0200	JAWA BARAT
SATUAN KERJA	:	415479	RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG

JENIS KEWENANGAN : KD KANTOR DAERAH

NAMA PERKIRAAN	JUMLAH		Kenaikan (Penurunan)	
	2021	2020	Jumlah	%
1	2	3	4	5
EKUITAS				
EKUITAS				
Ekuitas	3,667,810,446,667	3,707,609,657,935	(39,799,211,268)	(1.07)
JUMLAH EKUITAS	3,667,810,446,667	3,707,609,657,935	(39,799,211,268)	(1.07)
JUMLAH KEWAJIBAN DAN EKUITAS	3,709,029,980,479	3,739,123,602,535	(30,093,622,056)	(0.80)

✓ Plt. Direktur Utama 


dr. Irayanti, Sp.M, MARS
NIP.196201231989012001

Laporan Arus Kas Tahun 2021

Tanggal : 19/01/22
 Kode Laporan: lu_laksatker
 Halaman : 1

LAPORAN ARUS KAS
SATUAN KERJA BADAN LAYANAN UMUM
 UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR SAMPAI DENGAN 31 DESEMBER 2021 DAN 2020
 (DALAM RUPIAH)

KEMENTERIAN NEGARA/LEMBAGA	:	024	KEMENTERIAN KESEHATAN
UNIT ORGANISASI	:	04	DITJEN PELAYANAN KESEHATAN
WILAYAH/PROVINSI	:	0200	JAWA BARAT
SATUAN KERJA	:	415479	RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG

JENIS KEWENANGAN	:	KD	KANTOR DAERAH
------------------	---	----	---------------

URAIAN	JUMLAH		Kenaikan (Penurunan)	
	2021	2020	Jumlah	%
1	2	3	4	5
ARUS KAS DARI AKTIVITAS OPERASI				
ARUS MASUK KAS				
Pendapatan dari Alokasi APBN	152,132,079,463	375,853,193,156	(223,721,113,693)	(59.52)
Pendapatan dari Jasa Layanan kepada Masyarakat	535,370,496,868	785,693,997,775	(250,323,500,907)	(31.86)
Pendapatan dari Jasa Layanan kepada Entitas Lain	315,736,114,030	43,801,775,900	271,934,338,130	620.82
Pendapatan dari Hasil Kerja Sama	0	2,866,133,306	(2,866,133,306)	(100.00)
Pendapatan dari Hibah	8,301,000	958,956,763	(950,655,763)	(99.13)
Pendapatan Usaha Lainnya	10,132,744,207	8,651,370,703	1,481,373,504	17.12
Pendapatan dari Pengembalian Belanja BLU TAYL	384,155,981	0	384,155,981	0.00
Pendapatan PNBP Umum	724,959,830	312,318,027	412,641,803	132.12
JUMLAH ARUS MASUK KAS	1,014,488,851,379	1,218,137,745,630	(203,648,894,251)	(16.71)
ARUS KELUAR KAS				
Pembayaran Pegawai	402,048,570,795	386,147,282,747	15,901,288,048	4.11
Pembayaran Barang	52,886,843,345	50,178,766,840	2,708,076,505	5.39
Pembayaran Jasa	13,560,840,768	12,517,226,026	1,043,614,742	8.33
Pembayaran Barang Menghasilkan Persediaan	270,298,746,559	329,175,146,152	(58,876,399,583)	(17.88)
Pembayaran Pemeliharaan	26,668,890,689	23,348,005,989	3,320,884,700	14.22
Pembayaran Perjalanan Dinas	563,190,649	251,757,952	311,432,687	123.70
Pembayaran Barang dan Jasa Kekhususan BLU	46,239,923,757	58,761,473,628	(12,521,549,871)	(21.30)
Pembayaran Bantuan Sosial	0	0	0	0.00
Pembayaran Barang untuk Dijual/Diberikan kepada Masyarakat	0	0	0	0.00
Pembayaran Pengembalian Pendapatan BLU TAYL	0	0	0	0.00
Penyaluran PNBP ke Kas Negara	1,165,805,106	616,658,580	549,146,526	89.05
JUMLAH ARUS KELUAR KAS	813,432,811,668	860,996,317,914	(47,563,506,246)	(5.52)
ARUS KAS BERSIH DARI AKTIVITAS OPERASI				
ARUS KAS DARI AKTIVITAS INVESTASI				
ARUS MASUK KAS				
Penjualan atas Tanah	0	0	0	0.00
Penjualan atas Peralatan dan Mesin	226,627,777	238,090,553	(11,462,776)	(4.81)
Penjualan atas Gedung dan Bangunan	0	0	0	0.00
Penjualan atas Jalan, Ingasi, dan Jaringan	0	0	0	0.00
Penjualan atas Aset Tetap Lainnya/Aset Lainnya	214,217,499	66,250,000	147,967,499	223.34
Penerimaan Kembali Investasi yang Berasal dari APBN (BA BUN Investasi)	0	0	0	0.00
JUMLAH ARUS MASUK KAS	440,845,276	304,340,553	136,504,723	44.85
ARUS KELUAR KAS				
Perolehan atas Tanah	0	0	0	0.00

LAPORAN ARUS KAS
SATUAN KERJA BADAN LAYANAN UMUM
 UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR SAMPAI DENGAN 31 DESEMBER 2021 DAN 2020
(DALAM RUPIAH)

KEMENTERIAN NEGARA/LEMBAGA : 024 KEMENTERIAN KESEHATAN
 UNIT ORGANISASI : 04 DITJEN PELAYANAN KESEHATAN
 WILAYAH/PROINSI : 0200 JAWA BARAT
 SATUAN KERJA : 415479 RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG

JENIS KEWENANGAN : KD KANTOR DAERAH

URAIAN	JUMLAH		Kenaikan (Penurunan)	
	2021	2020	Jumlah	%
1	2	3	4	5
Perolehan atas Peralatan dan Mesin	64,583,752,384	191,714,726,230	(127,130,973,846)	(66.31)
Perolehan atas Gedung dan Bangunan	20,071,051,874	4,831,300,049	15,239,751,825	315.43
Perolehan atas Jalan, Irigasi, dan Jaringan	0	0	0	0.00
Perolehan atas Aset Tetap Lainnya/Aset Lainnya	0	0	0	0.00
Pengeluaran Investasi yang Berasal dari APBN (BA BUN Investasi)	0	0	0	0.00
JUMLAH ARUS KELUAR KAS	84,654,804,258	196,546,026,279	(111,891,222,021)	(56.92)
ARUS KAS BERSIH DARI AKTIVITAS INVESTASI	(84,213,958,982)	(196,241,685,726)	112,027,726,744	(57.08)
ARUS KAS DARI AKTIVITAS PENDANAAN				
ARUS MASUK KAS				
Penerimaan Pembiayaan Investasi yang Berasal dari APBN (BA BUN Investasi)	0	0	0	0.00
Penerimaan Pengembalian Setoran ke Kas Negara	0	0	0	0.00
JUMLAH ARUS MASUK KAS	0	0	0	0.00
ARUS KELUAR KAS				
Penyetoran ke Kas Negara	0	0	0	0.00
Pengeluaran atas Pengembalian Pembiayaan Investasi yang Berasal dari APBN (BA BUN Investasi)	0	0	0	0.00
JUMLAH ARUS KELUAR KAS	0	0	0	0.00
ARUS KAS BERSIH DARI AKTIVITAS PENDANAAN	0	0	0	0.00
ARUS KAS DARI AKTIVITAS TRANSITORIS				
ARUS MASUK KAS				
Penerimaan Perhitungan Pihak Ketiga	6,328,825,953	344,851,270	5,983,974,683	1,735.23
Penerimaan atas transfer masuk Kas BLU dari BLU lain	0	0	0	0.00
JUMLAH ARUS MASUK KAS	6,328,825,953	344,851,270	5,983,974,683	1,735.23
ARUS KELUAR KAS				
Pengeluaran Perhitungan Pihak Ketiga	6,018,566,660	533,547,254	5,485,019,406	1,028.02
Pengeluaran atas transfer keluar Kas BLU kepada BLU lain	0	0	0	0.00
JUMLAH ARUS KELUAR KAS	6,018,566,660	533,547,254	5,485,019,406	1,028.02
ARUS KAS BERSIH DARI AKTIVITAS TRANSITORIS	310,259,293	(188,695,984)	498,955,277	(264.42)

Tanggal : 19/01/22
 Kode Laporan: lu_laksatker
 Halaman : 3

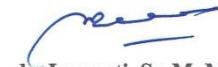
LAPORAN ARUS KAS
SATUAN KERJA BADAN LAYANAN UMUM
 UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR SAMPAI DENGAN 31 DESEMBER 2021 DAN 2020
(DALAM RUPIAH)

KEMENTERIAN NEGARA/LEMBAGA	:	024	KEMENTERIAN KESEHATAN
UNIT ORGANISASI	:	04	DITJEN PELAYANAN KESEHATAN
WILAYAH/PROPINSI	:	0200	JAWA BARAT
SATUAN KERJA	:	415479	RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG

JENIS KEWENANGAN : KD KANTOR DAERAH

URAIAN	JUMLAH		Kenaikan (Penurunan)	
	2021	2020	Jumlah	%
1	2	3	4	5
KENAIKAN/PENURUNAN KAS				
Penyesuaian atas Selisih Kurs	0	0	0	0.00
Saldo Awal Kas	250,536,923,654	89,825,877,648	160,711,046,006	278.91
Koreksi Saldo Kas	0	0	0	0.00
SALDO AKHIR KAS	367,689,263,676	250,536,923,654	117,152,340,022	46.76
Rincian Saldo Akhir Kas antara lain :				
Saldo Akhir Kas pada BLU	367,356,101.976	250,514,021,247	116,842,080.729	46.64
Saldo Akhir Kas Lainnya dan Setara Kas	333,161,700	22,902,407	310,259,293	1,354.70
Investasi Jangka Pendek BLU	0	0	0	0.00
Saldo Akhir Dana Kelolaan BLU	0	0	0	0.00
Saldo Akhir Kas BLU yang Dibatasi Penggunaannya	0	0	0	0.00
Jumlah Rincian Saldo	367,689,263,676	250,536,923,654	117,152,340,022	46.76
Rincian Lainnya Pos Kas di Neraca :				
Saldo Akhir Kas pada BLU (yang belum disahkan)	0	0	0	0.00
Saldo Akhir Kas di Bendahara Pengeluaran	0	0	0	0.00

✓ Plt. Direktur Utama


 dr. Irayanti, Sp.M, MARS
 NIP.196201231989012001

2. SK TIM LAKIP TAHUN 2021

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN



RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG

Jalan Pasteur No. 38, Bandung 40161

Telepon : (022) 2034953 (hunting) Faksimile : (022) 2032216, 2032533

Laman : www.rshs.or.id pos-el : rshs@rshs.web.id

SMS hotline : 08112335555, contact : 022 - 2551111, Reservasi Online : reservasi.rshs.or.id, facebook : /rshsbg, twitter : @rshsbg



KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA

RUMAH SAKIT UMUM PUSAT Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG

NOMOR : HK.02.03/X.2.1.1/26125/2021

TENTANG

TIM LAPGRAN AKUNTABILITAS KINERJA DAN LAPORAN TAHUNAN 2021
RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG

DIREKTUR UTAMA RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG,

Menimbang : a. bahwa sehubungan dengan akan berakhirnya tahun 2021, dan untuk memenuhi kewajiban pembuatan laporan tahunan unit kerja yang mengacu kepada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI No 53 Tahun 2014 maka dipandang perlu untuk menetapkan Tim Laporan Akuntabilitas Kinerja dan Laporan Tahunan 2021 RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung;
b. bahwa nama-nama pegawai yang tersebut dalam lampiran Keputusan ini dipandang cakap dan mampu untuk ditunjuk sebagai Tim Laporan Akuntabilitas Kinerja dan Laporan Tahunan 2021 RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung;
c. bahwa sehubungan dengan butir a-b tersebut diatas dan untuk menunjang tertib administrasi, maka penetapan Tim Laporan Akuntabilitas Kinerja dan Laporan Tahunan 2021 perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara;
2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2009 tentang Praktik Kedokteran;
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
5. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara;
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
7. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 62 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung;

MEMUTUSKAN

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UMUM PUSAT Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG TENTANG TIM LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA DAN LAPORAN TAHUNAN 2021 RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG

-2/4-

- PERTAMA : Mencabut Keputusan Direktur Utama Nomor : HK.02.03/X.2.1.1/24350/2020 tentang Tim Laporan Akuntabilitas Kinerja dan Laporan Tahunan 2020 RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung disertai ucapan terima kasih atas jasa-jasanya selama melaksanakan tugas tersebut;
- KEDUA : Menetapkan kembali Tim Laporan Akuntabilitas Kinerja dan Laporan Tahunan 2021 RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, dengan susunan personalia sebagaimana tersebut pada lampiran Keputusan ini;
- KETIGA : Tugas Tim Laporan Akuntabilitas Kinerja dan Laporan Tahunan 2021 RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung adalah sebagai berikut :
1. Mengumpulkan data terkait Laporan Akuntabilitas Kinerja dan Laporan Periodik Tahun 2021;
 2. Melakukan verifikasi data;
 3. Melakukan analisis data dan informasi;
 4. Menyusun Laporan Akuntabilitas Kinerja dan Laporan Periodik Tahun 2021;
 5. Melaksanakan tugas lain yang terkait menyusun Laporan Akuntabilitas Kinerja dan Laporan Periodik Tahun 2021.
- KEEMPAT : Dalam pelaksanaan tugasnya menetapkan Tim Laporan Akuntabilitas Kinerja dan Laporan Tahunan 2021 berkewajiban untuk melaporkan hasil kerjanya kepada Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung melalui Direktur Perencanaan, Organisasi dan Umum;
- KELIMA : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan ketentuan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam penetapannya akan diubah dan diperbaiki sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Bandung
Pada tanggal : 16 Desember 2021

PLT. DIREKTUR UTAMA, 


IRAYANTI
NIP. 196201231989012001

Tembusan :

1. Dewan Pengawas RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung
2. Para Direktur RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung
3. Ketua Komite, SPI RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung
4. Kepala KSM/Instalasi RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung
5. Koordinator Bagian/Bidang RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung
6. Masing-masing yang bersangkutan

Lampiran....

Lampiran Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung
 Nomor : HK.02.03/X.2.1.1/26125/2021
 Tanggal : 16 Desember 2021

SUSUNAN PERSONALIA
TIM LAPORAN AKUNTABILITAS DAN LAPORAN TAHUNAN TAHUN 2021
RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG

Pelindung	:	Dewan Pengawas RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung	
		Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung	
Penasehat	:	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang	✓
		Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian	
		Direktur Keuangan dan BMN	
Ketua	:	drg. Muhammad Kamaruzzaman, M.Sc	
Sekretaris	:	dr. Nurul Wulandhani, MM	
Anggota	:	1. Dr. dr. Lina Lasminingrum, Sp.THT-KL(K), M.Kes 2. Dr. dr. Hikmat Permana, Sp.PD-KEMD 3. dr. Dian Tjahyadi, Sp.OG(K), MMRS 4. dr. Riyadi, Sp.A(K), M.Kes 5. Dr. dr. Zulvayanti, Sp.OG(K), M.Kes 6. dr. Indriasari, Sp.An., KIC., M.Kes 7. dr. Sayu Wulan Sari Dewi, MH.Kes 8. dr. Dominica Herlijana, Sp.M., M.Kes 9. dr. David Hadi Saputra 10. dr. R. Maman Abdurrahman, Sp.B(K)-Onk 11. Dr. dr. Melati Sudiro, Sp.THT-KL(K), M.Kes 12. Dr. dr. Ahmad Ramdan, Sp.OT(K), MKM 13. dr. Iwan Abdul Rachman, Sp.An., KNA., M.Kes 14. dr. Dini Hidayat, Sp.OG(K), M.Kes 15. dr. Hilman, Sp.Rad 16. dr. Aris Primadi, Sp.A(K) 17. dr. Edwin Armawan, Sp.OG(K), MM, MH.Kes 18. Siti Mahmudah, SH., MH.Kes 19. Elvira Ivantika, SKM., ME 20. Uswarudin, SE., MM 21. Tri Handajani, SE.Ak., MM 22. Tanti Nutriani, SE., M.Ak 23. Agus Suramto, S.Sos., MM 24. Dra. Pipin Siti Pudjiawati, MAP 25. Maya Mustikasari, SKM., MKM	✓

26. Lestari, S.IP., MM....

-4/4-

- 26. Lestari, S.I.P., MM
- 27. Drs. David Darmin, MAP
- 28. Dadan Teja Nugraha, ST., M.Kom
- 29. Susi Sugiarti Puspitorini, SKM., MKM
- 30. Singgih Pambudi, S.Kep.,Ners., M.Kep
- 31. Dra. Martin Takarini, MAB
- 32. Leni Hartati, SAB., MAB
- 33. Indarto Julitriarso, ST
- 34. Andi Priyadi, ST



3.DAFTAR SUSUNAN PIC INDIKATOR UNIT

-3/13-

Lampiran Keputusan Direktur Utama
 RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung
 Nomor : HK.02.03/X.4.2.1/17076/2020
 Tanggal : 4 Agustus 2020
 Tentang Person In charge (PIC) Indikator Kinerja Unit
 RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.

DAFTAR SUSUNAN PIC INDIKATOR UNIT RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG TAHUN 2020

IKT Direktur Utama (5 Indikator)

NO	NAMA INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
1	Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME)	50%	Bidang Medik	Direktur PMKP
2	Kepatuhan Waktu Visite Dokter Penanggung Jawab Pelayanan/DPJP	80%	IRI	Direktur PMKP
3	Jumlah Kematian Ibu di Rumah Sakit	25%	KSM Obгин	Direktur PMKP
4	Rasio PNBP Terhadap Beban Operasional (PB)	75%	Bag. Akuntansi dan BMN	Direktur Keuangan dan BMN
5	Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online System/BIOS)	100%	Inst. SIRS	Direktur POU

IKI Direktur Utama (18 Indikator)

NO	NAMA INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
1	Kepatuhan terhadap Clinical Pathway	> 80 %	Bidang Medik	Direktur PMKP
2	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (PORNAS)	≥ 80 %	Instalasi Farmasi	Direktur PMKP
3	Prosentase Kejadian Pasien Jatuh	≤ 3 %	IRI	Direktur PMKP
4	Penerapan Keselamatan Operasi (PKO)	100%	IBS	Direktur PMKP
5	Infeksi Daerah Operasi (IDO)	≤ 2 %	Komite PPIRS	Direktur PMKP
6	Ventilator Associated Pneumonia (VAP)	≤ 5,8 %	Komite PPIRS	Direktur PMKP
7	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	85%	Komite PPIRS	Direktur PMKP
8	Waktu Lapor Hasil Test Kritis Laboratorium	100%	Laboratorium Klinik	Direktur PMKP

9. kematian...

NO	NAMA INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
9	Kematian Pasien di IGD	$\leq 2,5\%$	IGD	Direktur PMKP
10	Ketepatan Identifikasi Pasien	B-PL	Instalasi Rawat Inap	Direktur PMKP
11	Kecepatan Respons terhadap Komplain (KRK)	$> 75\%$	Humas	Direktur POU
12	Emergency Response Time 2 (ERT)	≤ 120 menit	IHS	Direktur PMKP
13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤ 60 menit	IRJ	Direktur PMKP
14	Waktu Tunggu Operasi Elektif (WTE)	≤ 48 jam	IRI	Direktur PMKP
15	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤ 3 jam	Radiologi	Direktur PMKP
16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤ 30 menit	Instalasi Farmasi	Direktur PMKP
17	Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam waktu 24 jam (PRM)	$> 80\%$	Instalasi Rekam Medik	Direktur PMKP
18	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (PB)	$> 65\%$	Bag. Akuntasi & Ver	Direktur Keuangan dan BMN

Indikator BLU (32 Indikator)

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
1	Kepatuhan terhadap Clinical Pathway	5 CP I/E	Bid. Medik	Direktur PMKP
2	Prosentase Kejadian Pasien Jatuh	$\leq 3\%$	IRI	Direktur PMKP
3	Penerapan Keselamatan Operasi	100%	IHS	Direktur PMKP
4	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (Fornas)	$\geq 90\%$	Farmasi	Direktur PMKP
5	Tidak adanya Kejadian Operasi Salah Sisi	0%	IHS	Direktur PMKP
6	Dekubitus	$\leq 1,5\%$	PPIRS	Direktur PMKP
7	Infeksi Saluran Kencing (ISK)	$\leq 4,7\%$	PPIRS	Direktur PMKP
8	Infeksi Daerah Operasi (IDO)	$\leq 2\%$	PPIRS	Direktur PMKP
9	Ventilator Associated Pneumonia (VAP)	$\leq 5,8\%$	PPIRS	Direktur PMKP
10	Phlebitis	$\leq 5\%$	PPIRS	Direktur PMKP

II. net...

-5/13-

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
11	Net Death Rate (NDR)	$\leq 24\%$	Bid. Medik	Direktur PMKP
12	Kematian pasien di IGD	$\leq 2,5\%$	IGD	Direktur PMKP
13	Angka Kematian Ibu	$\leq 25\%$	KSM Obgin	Direktur PMKP
14	Kejadian Nyaris Cidera Persepsi Obat (Medication Error)	$\leq 5\%$	Farmasi	Direktur PMKP
15	Waktu Lapor Hasil Test Kritis Radiologi	$100\% < 60$ mnt	Radiologi	Direktur PMKP
16	Waktu Lapor Hasil Test Kritis Laboratorium	$100\% < 30$ mnt	Laboratorium	Direktur PMKP
17	Bed Occupancy Rate (BOR)	70-80%	IRI	Direktur PMKP
18	Kepuasan Pelanggan (KP)	$\geq 85\% / sat$	PE	Direktur POU
19	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KKR)	$> 75\%$	Humas	Direktur POU
20	Emergency Response Time 2 (ERT)	≤ 120 mnt	IHS	Direktur PMKP
21	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤ 60 mnt	IRJ	Direktur PMKP
22	Waktu Tunggu Operasi Elektif (WTE)	≤ 48 jam	IRI	Direktur PMKP
23	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤ 3 jam	Radiologi	Direktur PMKP
24	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤ 2 jam	Laboratorium	Direktur PMKP
25	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤ 30 mnt	Farmasi	Direktur PMKP
26	Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam waktu dalam 1x24 jam (PRM)	$> 80\%$	Medrek	Direktur PMKP
27	% Staf di Area Klinis yang Mendapat Pelatihan 20 jam / Orang per Tahun	$\geq 70\% / th$	Diklit	Direktur SDM
28	% Tingkat Kehandalan Sarana Prasarana	$\geq 80\% / th$	Fasmed	Direktur POU
29	Tingkat Penilaian Proper	Biru / th	Kesling	Direktur POU
30	Level IT yang Terintegrasi	Siload 2 / th	SIRS	Direktur POU
31	Persentase Penelitian yang Dipublikasikan	$\geq 4 / th$	Diklit	Direktur SDM
32	Rasio Dosen dengan Mahasiswa Kedokteran	1 : 1-5 / th	Komkordik	Direktur SDM

Indikator,,



Indikator RSB (20 Indikator)

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
1	Indeks Kepuasan Masyarakat	82%	Bag. PE	Direktur POU
2	Persentase Penurunan Jumlah Kematian Ibu di Rumah Sakit	36%	KSM Obgin	Direktur PMKP
3	Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)	74%	KSM IKA	Direktur PMKP
4	Utilisasi Ruangan Operasi	61.70%	IHS	Direktur PMKP
5	Jumlah Penelitian yang Diterapkan per Tahun	-	Bag. Diklit	Direktur SDM
6	Penyeleenggaruan Rekam Medis Elektronik (RME)	31.64%	Bid. Medik	Direktur PMKP
7	Persentase Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO)	1.30%	Kom. PPIRS	Direktur PMKP
8	Persentase Pasien Yang Memenuhi Standar WTRJ < 60 menit	75%	IRJ	Direktur PMKP
9	Waktu Tunggu Sebelum Operasi Elektif < 2 hari	63 jam	IRI	Direktur PMKP
10	Ketepatan Waktu Jam Visite DPJP	72%	IRI	Direktur PMKP
11	Persentase Berkas Klaim Layak Bayar	75%	Inst Penjamin Klaim	Direktur Keuangan dan BMN
12	Persentase Response Time Rujukan Sisruke IGD ≤ 5 menit	26%	IGD	Direktur PMKP
13	Jumlah Pasien Deteksi Dini Kanker	-	Bid. Medik	Direktur PMKP
14	Persentase Capaian Indikator Mutu di Area Pelayanan Klinis Prioritas per Tahun	60%	Kom. Mutu	Direktur PMKP
15	Persentase Pemenuhan Ketersediaan SPA	63.46%	PPRS	Direktur POU
16	Kehandalan Peralatan Medis dan Non Medis (OEE)	76%	Inst. Fasmed	Direktur POU
17	Indeks Kepuasan Pegawai	78%	Bag. SDM	Direktur SDM
18	Jumlah Lean Project Yang Terlaksana	-	Bag. Umum	Direktur POU
19	Pertumbuhan Pendapatan per Tahun	> 1%	Bag. PMD	Direktur Keuangan dan BMN
20	POBO	75%	Bag. Akunt&Ver	Direktur Keuangan dan BMN

Indikator...

Indikator Mutu Nasional (12 Indikator)

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
1	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	IRI	Direktur PMKP
2	Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat	\leq 5 menit	IGD	Direktur PMKP
3	Waktu Tunggu Rawat jalan (WTRJ)	\leq 60 menit	IRJ	Direktur PMKP
4	Pensundaan Operasi Elektif	< 5 menit	IHS	Direktur PMKP
5	Kepatuhan Waktu Visite DPJP	\geq 80%	IRI	Direktur PMKP
6	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%	Laboratorium	Direktur PMKP
7	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	\geq 80%	Inst Farmasi	Direktur PMKP
8	Kepatuhan Kebersihan Tangan	\geq 85%	PPIRS	Direktur PMKP
9	Kepatuhan terhadap Clinical Pathway	\geq 80%	Bid. Yan Medik	Direktur PMKP
10	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	IRI	Direktur PMKP
11	Kepuasan Pasien dan Keluarga	\geq 80%	Bag. PE	Direktur POU
12	Kecepatan Waktu Tanggap Terhadap Komplain	\geq 80%	Sub.Bag Humas	Direktur POU

Indikator Pelayanan Klinis Prioritas (15 Indikator)

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
1	Persentase Perbaikan Lymphedema pada Pasien Ca. Mammae	70%	KSM IKFR	Direktur PMKP
2	Angka Ketepatan Jadwal Kemoterapi LLA Anak	20%	KSM IKA	Direktur PMKP
3	Persentase Waktu Tunggu Operasi Elektif < 48 Jam Pasien Onkologi Bedah Saraf yang Memerlukan Ruang ICU Pasca Operasi	40%	KSM Bedah Saraf	Direktur PMKP
4	Lama Rawat Pasien Pasca Operasi Radikal Nefroktomy Tumor Ginjal < 1 Minggu	75%	KSM Urologi	Direktur PMKP

5. Penurunan...

-8/13-

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
5	Penurunan Kejadian Fistel Faringokutan Pasca Total Laringektomi	20%	KSM THT-KL	Direktur PMKP
6	Decision Time Pasien Onkologi Bedah < 2 jam	85%	IGD	Direktur PMKP
7	Persentase Kasus Lymphedema Lenigan Ipsilateral pada Pasien Carcinoma Mammaria yang Menjalani Radical Mastectomy atau Modified Radical Mastectomy	40%	KSM Bedah-Onko	Direktur PMKP
8	Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis Oargin-Onkologi	80%	KSM Oargin	Direktur PMKP
9	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ) Pasien Klinik Bedah Onkologi < 60 menit	30%	IRJ	Direktur PMKP
10	Ketepatan Waktu Pasien Onkologi Bedah Masuk Rawat Inap Sesuai Jadwal Operasi di Admission Center	78%	IRI	Direktur PMKP
11	Persentase Pemenuhan Obat pada Pelayanan Pasien Kemoterapi di Ruang Answari dan Kemuning Lt.3	60%	Instalasi Farmasi	Direktur PMKP
12	Ekspertise Hasil Pemeriksaan Histopatologi Jaringan Pasien Onkologi Bedah < 7 hari	80%	KSM PA	Direktur PMKP
13	Utilisasi Operasi Onkologi Bedah	73%	IHS	Direktur PMKP
14	Angka Kejadian IDO pada Pasien Onkologi Bedah ≤ 2%	-	Komite PPIRS	Direktur PMKP
15	Ketepatan dan Kelengkapan Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap Onkologi Bedah < 24 jam	80%	Instalasi Rekam Medis	Direktur PMKP

Indikator Unit

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
1	Persentase Cuci ulang	2.00%		Direktur POU
2	Persentase ketepatan pendistribusian linen bersih	100%	Instalasi Rumah Sakit	Direktur POU
3	Kepatuhan penggunaan APD	100%		Direktur POU

4. ketepatan...

-9/13-

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
4	Ketepatan waktu penyediaan berkas Rekam Medis di Rawat jalan;	100%	Instalasi Rekam Medis	Direktur PMKP
5	Penyelesaian coding klaim JKN rawat jalan 90% < tanggal 10 setiap bulannya;	90%		Direktur PMKP
6	Penyelesaian coding klaim JKN rawat inap < tanggal 5 setiap bulannya;	85%		Direktur PMKP
7	Pelaksanaan foto verifikasi pada pasien baru sebelum dilakukan penyinaran di Ruang Cobalt	100%	Instalasi Radioonkologi	Direktur PMKP
8	Pelaksanaan foto verifikasi pada pasien baru sebelum dilakukan penyinaran di Ruang Linac	100%		Direktur PMKP
9	Ketepatan kalibrasi dosis keluaran pesawat LINAC untuk radiasi foton dan elektron dengan maksimal penyimpangan sebesar $\pm 1,5\%$	100%		Direktur PMKP
10	Kelengkapan formulir inform consent pada berkas rekam medis pasien onkologi radiasi	100%		Direktur PMKP
11	Kelengkapan berkas dari syarat kunjungan hari pertama Ca Nasofaring	100%		Direktur PMKP
12	Lamanya waktu tunggu pasien baru di poliklinik yang dimulai dari buku rekam medik masuk ke poliklinik sampai pasien diperiksa oleh dokter	100%		Direktur PMKP
13	Kelengkapan asesmen ulang nyeri selama pasien dirawat	100%	Instalasi RIK	Direktur PMKP
14	Kelengkapan asesmen awal keperawatan dalam waktu ≤ 12 jam setelah pasien masuk Instalasi Paviliun Parahyangan	100%		Direktur PMKP
15	Angka kejadian autoekstubasi pada pasien yang terhubung dengan ventilator di ICU	0%	Instalasi Rawat Intensif	Direktur PMKP
16	Kejadian reintubasi <24 jam setelah ekstubasi pada pasien yang dirawat di ICU	0%		Direktur PMKP
17	Persentase Laporan Kesalahan Dispensing Obat oleh Depo Farmasi	< 0,1%	Instalasi farmasi	Direktur PMKP
18	Kesesuaian Stok Obat dengan Kartu Stok di Depo dan Gudang Farmasi	100%		Direktur PMKP
19	Persentase Pemenuhan Obat pada Pelayanan Pasien Kemoterapi di Ruang Asnawati dan Kemuning Lantai 3	100%		Direktur PMKP

22. TAT...

-10/13-

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
20	TAT Pelayanan pemeriksaan cito laboratorium klinik (< 4 jam)	100%	Instalasi Laboratorium Klinik	Direktur PMKP
21	TAT Pelayanan pemeriksaan rutin laboratorium klinik (< 4 jam)	100%		Direktur PMKP
22	TAT Pelayanan pemeriksaan cito laboratorium klinik (< 2 jam)	100%		Direktur PMKP
23	TAT Troponin 1 dalam waktu 90 menit di IGD	100%		Direktur PMKP
24	Pengembalian kartu crossmatch dan kejadian reaksi transfusi			Direktur PMKP
25	Angka pengulangan pemeriksaan laboratorium ≤ 1%	1%		Direktur PMKP
26	Waktu tunggu pelayanan Laboratorium (<2 jam)	<2 jam		Direktur PMKP
27	TAT pemeriksaan laboratorium Hematologi rutin pasien IGD <30 menit	90%		Direktur PMKP
28	Kepatuhan kelengkapan pengisian tilik keselamatan pasien yang dilakukan operasi	100%		Direktur PMKP
29	Angka kejadian hipotermia pasca operasi di ruang pemulihian	0%		Direktur PMKP
30	Perusukan jarum spinal yang dilakukan > 3x pada pasien yang mendapatkan tindakan anestesi spinal	0%	KSM Anestesi dan Terapi Intensif	Direktur PMKP
31	Angka Kejadian Konversi Anestesi Regional menjadi Anestesi Umum pada Pasien Elektif COT lantai 3 dan 4	0%		Direktur PMKP
32	Pelaksanaan assesmen pra anestesi dan sedasi pada pasien operasi elektif yang dilakukan anestesi di COT lt.3 dan 4			Direktur PMKP
33	Pemeriksaan pra anestesi/ sedasi pada pasien elektif yang akan dilakukan sedasi dalam			Direktur PMKP
34	Pelaksanaan pemantauan selama anestesi dan sedasi dalam			Direktur PMKP
35	Pemantauan selama tindakan sedasi dalam			Direktur PMKP
36	Evaluasi proses pemulihan pasca anestesi dan sedasi dalam			Direktur PMKP
37	Monitoring dan evaluasi proses pemulihan pasca sedasi			Direktur PMKP
38	Angka Kejadian NRS ≥4 pada Pasien Paska Operasi dengan Skala Aldrette ≥8 di Ruang Pemulihian			Direktur PMKP
39	Kejadian Desaturasi pada Pasien yang Dilakukan Sedasi Sedang-Berat di Luar OR			Direktur PMKP

40. waktu...

-11/13-

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
40	Waktu Tunggu Pasien (WTP)	60 menit	Instalasi Rehabilitasi Medik	Direktur PMKP
41	Persentase kasus ditangani DPJP			
42	Kecepatan Respon terhadap komplain	100%		
43	Dekubitus	80%		
44	Kepatuhan pelaporan KTD			
45	Waktu tunggu pelayanan CT Scan Kepala Non kontras	90 menit		
46	Waktu Tunggu Pelayanan CT Abdomen dengan kontras pada tumor abdomen ≤ 3 hari kerja	≤ 3 hari kerja		Instalasi Radiologi
47	Angka Kejadian Cidera Nervus Laringeus Recurrent Paska Operasi Tiroidektomi	<2%		Direktur PMKP
48	Cidera CHD pada pasien post laparoscopic cholelithectomy	0%		
49	Persentase kegagalan pemasangan AV Shunt oleh divisi Bedah Vaskular	<20%		
50	Persentase kasus Kebocoran reanastomosis usus pada pasien Divisi Bedah Digestif	<25%	KSM Ilmu Bedah (Bedah Digestive)	
51	Persentase kasus lymphedema lengan ipsilateral pada pasien carcinoma mammae yang menjalani radical mastectomy atau modified radical mastectomy	<40%		
52	Ketepatan waktu visite DPJP Bedah Digestif	80%		
53	Alarm sistem WTRJ			
54	Rata-rata kelengkapan dan ketepatan waktu pengembalian rekam medis			
55	Kepatuhan clinical Pathway Carcinoma recti 1/3 distal	100%		
56	TAT Troponin I dalam waktu 90 menit di IGD	100%	KSM Patologi Klinik	Direktur PMKP
57	Jumlah asesmen awal medis yang dilengkapi dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap dalam satu bulan	100%	Instalasi Rawat Inap	Direktur PMKP
58	Kelengkapan dan ketepatan pengembalian rekam medis dalam waktu 24 jam	100%		
59	Kepatuhan asesmen ulang nyeri pertama di ruang rawat inap	100%		

60. clinically...

-12/13-

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
60	Clinically Deteriorated Epidural Hematoma (EDH) Response Time		KSM Bedah saraf	Direktur PMKP
61	Kepatuhan clinical Pathway Glioma			
62	LOS	7 hari		
63	Waktu Tunggu Rawat Jalan	<60 menit		
64	Waktu Tunggu Operasi Elektif (WTE)	<48 jam		
65	Infeksi Daerah Operasi	<2%		
66	Waktu tunggu pelayanan sterilisasi steam	100%		Direktur PMKP
67	Kepatuhan penggunaan APD pada saat proses pembersihan	100%		Direktur PMKP
68	Kematian pasien di IGD	≤ 2,5%		Direktur PMKP
69	Kepatuhan CP Gawat Janin	100%		
70	Kepatuhan CP Ketuban Pecah Dini	100%	IGD	
71	LOS KPID	4 hari		
72	Kepatuhan CP Eklamsi	100%		
73	Kepatuhan CP Ca Cervix	100%		
74	Kepatuhan CP Kanker Ovarium	100%		
75	LOS CP kanker buli	4 hari		
76	Kepatuhan CP Prolapsus Tumpul Vagina	100%		
77	Kepatuhan CP Prolapsus Uteri + dinding Vagina AP	100%		
78	Kepatuhan CP Prolapsus Uteri + dinding Vagina Anterior	100%		
79	Kepatuhan CP Prolapsus Uteri + dinding Vagina Posterior	100%		
80	Kepatuhan CP Prolapsus Uteri	100%	KSM THT-KL	
81	Kepatuhan CP Endometrioma	100%		
82	Kepatuhan CP Endometriosis Pasca Operasi	100%		
83	Kepatuhan CP Endometriosis (terkait infertilitas)	100%		
84	Penurunan kejadian fistel faringokutaneus pasca total laringektomi	0,00%		Direktur PMKP
85	Adekuasi dialisis	85%	Instalasi Hemodialisa	Direktur PMKP
86	Status nutrisi	85%		Direktur PMKP
87	Pelabelan wadah gantet	100%	Instalasi Teknologi Reproduksi Berbantu	Direktur PMKP
88	Angka fertilisasi pada program fertilisasi in vitro	100%		Direktur PMKP
89	Waktu tunggu pelayanan endodontia	100%	KSM Gigi dan Mulut	Direktur PMKP
90	Kepatuhan pengisian informed consent secara lengkap pasien rawat jalan SMF Gigi dan Mulut	100%		

91. waktu...

-13/13-

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	UNIT PIC	PIC DIREKTUR
91	Waktu penyelesaian pembuatan VeR (Visum et Repertum) jenazah	5 hari kerja	KSM Ilmu Kedokteran Forensik	Direktur PMKP
92	Kepatuhan penggunaan APD pada tindakan embalming (menggunakan formakdehid)	100%		
93	Angka kejadian pneumonia pada pasien stroke infark dengan pemasangan NGT.		KSM Neurologi	Direktur PMKP
94	Kepatuhan pemberian aspirlet pada pasien stroke infark	100%		
95	Kepatuhan penerapan CP cerebral infarction due to thrombosis of cerebral arteries	100%		



4. KAMUS INDIKATOR IKU

1.1.1.1. KAMUS INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)

IKU 1. Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat

IKU1. PENGUKURAN SURVEI KEPUASAN MASYARAKAT	
Perspektif	<i>Stakeholder</i>
Sasaran Strategis	Meningkatnya kepuasan Pelanggan
IKU	Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat
Definisi	<p>Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) adalah data dan informasi tentang tingkat kepuasan masyarakat yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif dan kualitatif atas pendapat masyarakat dalam memperoleh pelayanan dari aparatur penyelenggara pelayanan publik dengan membandingkan antara harapan dan kebutuhannya. Mengacu pada instrumen Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) yang diterbitkan oleh Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survey Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggaraan Pelayanan Publik dan SPO No. X/2/0.9/0010 tanggal 7 Januari 2019 yang ditandatangani oleh Direktur Utama.</p>
Formula (rumus)	$IKM = \frac{\text{Total dari Nilai Persepsi Per Unsur}}{\text{Total unsur yang terisi}} \times \text{Nilai Penimbang}$
Person in Charge	Direktur Umum dan Operasional RSHS
Sumber Data	Hasil survei kepuasan pelanggan di rawat inap, rawat jalan, Intensif, penunjang dan IGD
Periode Pelaporan	Semesteran
Baseline	Rata rata IKM : 82 (baik)
Target	2020
	83
	2021
	83
	2022
	84
	2023
	84
	2024
	85

IKU2. Persentase Penurunan Jumlah Kematian Ibu di Rumah Sakit

IKU2. PERSENTASE PENURUNAN JUMLAH KEMATIAN IBU DI RUMAH SAKIT					
Perspektif :	Stakeholder				
Sasaran Srategis	Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat				
IKU	Persentase Jumlah kematian ibu di rumah sakit				
Definisi Operasional	Persentase penurunan jumlah kematian ibu adalah menurunnya jumlah kematian ibu tahun berjalan dibandingkan dengan baseline kematian ibu tahun 2019				
Formula (Rumus)	$100\% - (\text{Jumlah kematian ibu tahun berjalan} / \text{baseline Jumlah kematian ibu} \times 100\%)$				
Person in charge	Direktur Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	Data divisi Obstetri Ginekologi Sosial				
Periode Pelaporan	Triwulan				
Base Line	36				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	50%	50%	50%	75%	75%

IKU3. Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)

IKU3. ANGKA KEMATIAN NEONATAL DINI (AKND)				
Perspektif :	Stakeholder			
Sasaran Strategi	Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat			
IKU	Angka Kematian Neonatal Dini (AKND)			
Definisi Operasional	Jumlah kematian bayi usia 0-6 hari per 1.000 kelahiran hidup di RSHS			
Formula (Rumus)	$\frac{\Sigma \text{Kematian Neonatal Dini}}{\Sigma \text{Kematian Neonatal Lahir Hidup}} \times 1000$			
Person in charge	Direktur Medik dan Keperawatan			
Sumber Data	Data divisi Neonatologi KSM IKA			
Periode Pelaporan	Semester			
Base Line	74‰			
Target	2020	2021	2022	2023
	72‰	67‰	64‰	61‰

IKU4. Persentase Utilisasi Ruangan Operasi

IKU4. PERSENTASE UTILISASI RUANGAN OPERASI					
Perspektif :	Proses Internal				
Sasaran Strategi	Meningkatnya utilisasi fasilitas ruangan operasi				
IKU	Utilisasi ruangan operasi				
Definisi Operasional	<p>Jumlah waktu dalam jam yang digunakan untuk kegiatan operasi mulai dari persiapan di Kamar operasi sampai pasien keluar operasi terhadap waktu yang tersedia sesuai dengan Ketentuan penggunaan kamar operasi</p> <p>Perhitungan ini dilakukan untuk setiap kamar operasi.</p>				
Formula (Rumus)	$\frac{\text{Jumlah jam seluruh operasi dalam 1 hari setiap kamar}}{\text{Jam yang tersedia per hari}} \times 100$				
Person in charge	Direktur Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	Dokumen Pelayanan Kamar Operasi				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Base Line	61.70%				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	70%	52%	57%	63%	68%

IKU5. Jumlah Penelitian yang diterapkan per tahun

IKU5. JUMLAH PENELITIAN YANG DITERAPKAN PER TAHUN					
Perspektif	Proses Internal				
Sasaran Strategis	Terwujudnya Proses yang Inovatif				
IKU	Jumlah Penelitian yang Diterapkan Per Tahun				
Definisi	Jumlah penelitian staf medis dan non-medis RSHS selama setahun yang diterapkan dalam pelayanan RS Penelitian tidak harus dipublikasikan.				
Formula (rumus)	Jumlah penelitian yang diterapkan dan disahkan oleh direktur terkait.				
<i>Person in Charge</i>	Kepala Bagian Diklit				
Sumber Data	Laporan penelitian yang diterapkan				
Periode Pelaporan	Tahunan				
<i>Baseline</i>	-				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	3	5	7	9	11

IKU6. Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME)

IKU6. PENYELENGGARAAN REKAM MEDIS ELEKTRONIK (RME)					
Perspektif :	Proses Bisnis Internal				
Sasaran Srategis	Terwujudnya Proses yang Inovatif				
IKU	Percentase pelayanan pasien yang menggunakan Electronic Medical Record (EMR)				
Definisi Operasional	Rekam Medis Elektronik (RME) adalah suatu rekam data elektronik berupa data mengenai informasi kesehatan seorang individu yang dikumpulkan, dikelola, dan dikonsultasikan oleh tenaga kesehatan serta staf RS yang memiliki hak kewenangan				
Formula (Rumus)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistem RME terdapat di semua pelayanan yaitu rawat jalan, rawat inap, laboratorium, farmasi, IGD, radiologi, dan terintegrasi lengkap, nilai 100 2. Sistem RME terdapat di semua pelayanan yaitu rawat jalan, rawat inap, laboratorium, farmasi, IGD, radiologi, namun belum terintegrasi lengkap, nilai 75 3. Sistem RME terdapat di 5 pelayanan utama yaitu rawat jalan, rawat inap, laboratorium, farmasi, IGD, nilai 50 4. Sistem RME terdapat di 3 pelayanan utama yaitu rawat jalan, rawat inap, IGD, nilai 25 				
Person in charge	Direktur Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	SIRS				
Periode Pelaporan	Triwulan, Semester, Tahunan				
Base Line	0%				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	100%	100%	100%	100%	100%

IKU7. Persentase Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO)

IKU7. PERSENTASE KEJADIAN INFEKSI DAERAH OPERASI (IDO)					
Perspektif :	Proses Internal				
Sasaran Srategi	Terwujudnya Proses yang Bermutu				
IKU	Persentase Kejadian Infeksi Daerah Operasi				
Definisi Operasional	<p>Infeksi daerah operasi adalah infeksi yang terjadi pada daerah insisi daerah operasi dalam waktu 30 hari tanpa implan dan 90 hari dengan implan pasca bedah.</p> <p>Kriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Cairan purulent keluar dari luka operasi atau drain yang dipasang di atas fascia, B. Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptic, C. Sengaja dibuka oleh dokter karena terdapat tanda peradangan kecuali hasil biakan negatif (paling sedikit terdapat satu dari tanda – tanda infeksi berikut ini : nyeri, bengkak lokal, kemerahan dan hangat lokal) dan D. Dokter yang menangani menyatakan terjadi infeksi <p>Eksklusi: Klasifikasi operasi Tercemar dan operasi Kotor / infeksi, operasi diluar RSHS dan prosedur sirkumsisi, stitch abscess</p>				
Formula (Rumus)	$\frac{\text{Jumlah kasus infeksi Daerah Operasi Klasifikasi Bersih & Bersih Terkontaminasi}}{\text{Jumlah kasus operasi & Bersih terkontaminasi}} \times 100\%$				
Person in charge	Direktur Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	Pasien Rawat Inap yang dilakukan operasi klasifikasi Bersih & Bersih Terkontaminasi				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Base Line	1,30%				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	<2%	<2%	<1,5%	<1%	<1%

IKU8. Persentase Pasien yang Memenuhi Standar WTRJ < 60 menit

IKU8. PERSENTASE PASIEN YANG MEMENUHI STANDAR WTRJ < 60 MENIT					
Perspektif :	Proses Internal				
Sasaran Strategi	Terwujudnya Proses yang Bermutu				
IKU	Persentase Pasien yang Memenuhi Standar WTRJ < 60 Menit				
Definisi Operasional	Waktu Tunggu Rawat Jalan adalah jumlah kumulatif waktu yang dibutuhkan pasien rawat jalan mulai dari pendaftaran (karcis dicetak) sampai dilayani oleh dokter kurang dari 60 menit				
Formula (Rumus)	Jumlah pasien yang terdaftar dan dilayani dokter < 60 menit dibagi jumlah seluruh sampel pada bulan terhitung x 100%				
<i>Person in charge</i>	Direktur Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	Poliklinik dan Rekam Medis Rawat Jalan				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Base Line	75%				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	77%	80%	83%	85%	90%

IKU9. Waktu Tunggu Sebelum Operasi Elektif < 2 hari

IKU9. WAKTU TUNGGU SEBELUM OPERASI ELEKTIF < 2 HARI				
Perspektif :	Proses Bisnis Internal			
Sasaran Strategi	Terwujudnya Proses yang Bermutu			
IKU	Waktu tunggu Sebelum Operasi elektif < 2 hari			
Definisi Operasional	Waktu tunggu Sebelum Operasi Elektif adalah rata-rata tenggat waktu sejak pasien masuk rawat inap dengan rencana operasi dan telah dijadwalkan di kamar operasi sampai operasi dilaksanakan			
Formula (Rumus)	<p style="text-align: center;"><i>Jumlah waktu sebelum operasi yang terencana</i></p> <hr/> <p><i>Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien dengan operasi yang terencana</i></p> <p>Kriteria Penilaian $WTO < 2 \text{ hari}$, Skor = 2 $2 \leq WTO < 3 \text{ hari}$, skor = 1,5 $3 \leq WTO < 5 \text{ hari}$, skor = 1 $WTO \geq 5 \text{ hari}$, skor = 0,5</p>			
Person in charge	Direktur Medik dan Keperawatan			
Sumber Data	Rawat Inap			
Periode Pelaporan	Bulanan			
Base Line	skor 1,5			
Target	2020	2021	2022	2023
	1,5	1,5	1,5	1,5
				2

Iku10. Kepatuhan Waktu Jam Visite Dokter Penanggungjawab Pelayanan/DPJP

IKU10. KEPATUHAN WAKTU JAM VISITE DOKTER PENANGGUNGJAWAB PELAYANAN/DPJP					
Perspektif :	Proses Internal				
Sasaran Strategi	Terwujudnya Proses yang Bermutu				
IKU	Kepatuhan Waktu Jam Visite Dokter Penanggungjawab Pelayanan/DPJP				
Definisi Operasional	<p>Kepatuhan Waktu Jam Visite Dokter Penanggungjawab Pelayanan/DPJP adalah waktu kunjungan DPJP untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggungjawabnya setiap hari pada hari kerja</p> <p>Kategori :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. < pukul 10 nilai 100 2. Pukul 10.00 s/d 12.00 nilai 50 3. > pukul 12.00/Tidak divisite nilai 0 <p>Perhitungan capaian dilakukan by pasien :</p> <p>1 pasien dihitung 1 x visite DPJP perhari (contoh : jika 3 DPJP merawat 1 pasien maka visite 1 DPJP dari ketiga DPJP sudah masuk dalam kriteria penilaian)</p>				
Formula (Rumus)	$\frac{((Jlh.\text{visite pasien} \leq \text{pukul } 10.00 \times 100) + (Jlh.\text{visite pasien} > \text{pukul } 10.00 \text{ s.d } 12.00 \times 50) + (Jlh.\text{visite pasien} > \text{pukul } 12.00 \text{ s.d } 14.00 \times 25) + (\text{visite pasien} > \text{pukul } 14.00 \times 0))}{Jlh \text{ minimal pasien rawat inap yg menjadi tanggung jawab DPJP yg harus di visite pada hari kerja}}$				
Person in charge	Direktur Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	SIRS				
Periode Pelaporan	Triwulan				
Base Line	80%				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	84%	84%	85%	85%	86%

IKU11. Persentase Berkas Layak Klaim

IKU11. PERSENTASE BERKAS LAYAK KLAIM													
Perspektif :	Proses Bisnis Internal												
Sasaran Srategi	Terwujudnya Proses yang Bermutu												
IKU	Persentase Berkas Klaim layak bayar BPJS												
Definisi Operasional	<p>Persentase Berkas pasien yang layak klaim dibanding jumlah SEP pasien yang berobat di RSHS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berkas pasien yang Layak Klaim adalah jumlah berkas pasien BPJS , baik yang berobat jalan di Poliklinik Rawat Jalan dan di Instalasi Gawat Darurat maupun yang rawat inap, yang sudah melalui proses purifikasi dan dinyatakan layak klaim, pada tahap awal pengklaiman. Adapun berkas yang dinyatakan layak klaim adalah berkas yang sudah memenuhi persyaratan kelengkapan berkas sesuai dengan standar klaim BPJS (Lembar Individual Pasien, SEP, Resume Medik,Billing RS, Persyaratan Penunjang). Adapun pada Rawat Jalan (Lembar Individual Pasien, SEP, SBPK, Billing RS, Berkas Penunjang), IGD (Lembar Individual Pasien, SEP, SBPK, lembar triage) , Rawat Inap (Lembar Individual Pasien, SEP, Billing RS, Resume Medis, Surat Pengantar Rawat Inap, Pengantar Administrasi Pulang) 2. Jumlah SEP pasien yang berobat jalan di RSHS adalah jumlah SEP pasien yang datang ke RSHS untuk berobat jalan 3. Jumlah SEP Pasien Rawat Inap adalah jumlah SEP (Surat Eligibilitas Pasien) pasien yang menjalani Rawat Inap di RSHS 												
Formula (Rumus)	<p>Persentasi jumlah berkas yg layak klaim dibandingkan jumlah SEP yang berobat di RSHS</p> $\text{Persentase Berkas Layak klaim} = \left[\frac{\text{Jumlah berkas pasien rawat jalan yang layak klaim}}{\text{Jumlah SEP pasien yang berobat jalan di RSHS}} \times 100\% + \frac{\text{Jumlah berkas pasien rawat inap yang layak klaim}}{\text{Jumlah SEP pasien Rawat Inap di RSHS}} \times 100\% \right] : 2$ <p>*berkas layak klaim = berkas yang sudah lolos purifikasi BPJS</p>												
Person in charge	Direktur Keuangan												
Sumber Data	Instalasi Penjamin Klaim												
Periode Pelaporan	Bulanan												
Base Line	75%												
Target	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td><td>78%</td><td>80%</td><td>82%</td><td>84%</td><td>86%</td></tr> </tbody> </table>		2020	2021	2022	2023	2024		78%	80%	82%	84%	86%
	2020	2021	2022	2023	2024								
	78%	80%	82%	84%	86%								

IKUP13. Persentase Pemeriksanaan Deteksi Dini Kanker

IKUP13. PERSENTASE PEMERIKSAAN DETEKSI DINI KANKER					
Perspektif :	Proses Internal				
Sasaran Srategi	Terwujudnya proses yang bermutu				
IKU	Jumlah pasien deteksi dini kanker di RSHS				
Definisi Operasional	Deteksi dini kanker serviks adalah pelayanan deteksi dini kanker serviks dengan cara tes IVA (pemberian asam asetat 3-5 % pada serviks) pada pasien wanita berisiko (usia 30-50 tahun dan sudah menikah) yang melakukan kunjungan pertama ke Poli Ginekologi di RSHS dan tidak menderita kanker serviks				
Formula (Rumus)	Jumlah pasien Poli Ginekologi pada pasien wanita berisiko (usia 30-50 tahun dan sudah menikah) yang dilakukan pemeriksaan deteksi dini kanker serviks dengan tes IVA dibagi pasien wanita berisiko (usia 30-50 tahun dan sudah menikah) yang melakukan kunjungan pertama ke Poli Ginekologi dan Poli Onkologi Ginekologi di RSHS dan tidak menderita kanker serviks				
Person in charge	Klinik rawat jalan ginekologi onkologi				
Sumber Data	Data klinik rawat jalan ginekologi onkologi				
Periode Pelaporan	Triwulan				
Base Line	-				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	100	20%	30%	40%	50%

IKUP14. PERSENTASE EVALUASI CAPAIAN INDIKATOR MUTU DI AREA PELAYANAN KLINIS PRIORITAS

IKUP14. PERSENTASE EVALUASI CAPAIAN INDIKATOR MUTU DI AREA PELAYANAN KLINIS PRIORITAS				
Perspektif :	Proses Internal			
Sasaran Strategi	Terwujudnya proses yang bermutu			
IKU	Percentase capaian indikator mutu di area pelayanan klinis prioritas per tahun			
Definisi Operasional	Indikator mutu area pelayanan klinis prioritas adalah pengukuran mutu yang dipilih dan ditetapkan oleh pimpinan untuk mengevaluasi pelayanan klinis prioritas. Setiap tahun rumah sakit harus memilih fokus perbaikan, proses dan hasil praktik klinis dan manajemen mengacu pada misi rumah sakit, diberikan dalam volume besar atau cenderung menimbulkan masalah. Direktur rumah sakit bersama-sama dengan para pimpinan/manajer pelayanan dan manajemen memilih dan menetapkan pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas untuk dilakukan evaluasi			
Formula (Rumus)	Jumlah indikator mutu pelayanan klinis prioritas yang mencapai target dalam periode tertentu / Jumlah seluruh indikator mutu pelayanan klinis prioritas yang diukur x 100%			
Person in charge	Direktur Umum dan Operasional			
Sumber Data	Komite Mutu dan keselamatan pasien			
Periode Pelaporan	Triwulan			
Base Line	60%			
Target	2020	2021	2022	2023
	65%	70%	70%	70%
				75%

IKU12. Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal

IKU12. PERSENTASE PELAKSANAAN SISTEM RUJUKAN TERINTEGRASI DI RS UPT VERTIKAL	
Perspektif :	Proses Internal
Sasaran Strategi	Meningkatnya akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi
IKU	Persentase Response Time Rujukan Sisrute IGD \leq 5 menit
Definisi Operasional	Persentase kasus rujukan melalui sisrute yang memiliki respon time kurang dari 1 jam
Formula (Rumus)	Jumlah kasus yang memiliki respon time kurang dari dari 1 jam dibagi jumlah total yang ditindaklanjuti
Person in charge	Instalasi Gawat Darurat
Sumber Data	Database Sisrute
Periode Pelaporan	Bulanan
Base Line	26%
Target	2020
	50%
	2021
	60%
	2022
	70%
	2023
	85%
	2024
	100%

IKU15. Persentase Pemenuhan Ketersediaan SP

IKU15. PERSENTASE PEMENUHAN KETERSEDIAAN SP					
Perspektif :	Proses Pembelajaran dan Pertumbuhan				
Sasaran Srategis	Terpenuhinya Standar SPA				
IKU	Persentase Pemenuhan Ketersediaan SP				
Definisi Operasional	Tingkat ketersediaan sarana prasarana sesuai Permenkes no. 24 Tahun 2016 tentang Persyaratan Teknis Bangunan dan Prasarana Rumah Sakit				
Formula (Rumus)	Persentase nilai fasilitas umum ditambah persentase nilai fasilitas ruangan dibagi 2				
<i>Person in charge</i>	Direktur Umum dan Operasional				
Sumber Data	Laporan kondisi SP, IPSRS				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Base Line	63,46%				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	65%	67%	68%	70%	72%

IKU16. Kehandalan Peralatan Medis dan Non Medis (OEE)

IKU16. KEHANDALAN PERALATAN MEDIS DAN NON MEDIS (OEE)					
Perspektif :	Proses Pembelajaran dan Pertumbuhan				
Sasaran Srategis	Terpenuhinya Standar SPA				
IKU	Kehandalan Peralatan Medis dan Non Medis				
Definisi Operasional	<p>Kehandalan peralatan medis dan non medis (Overall Equipment Effectiveness – OEE) adalah nilai rata-rata pengukuran kehandalan atau hasil kinerja dari peralatan medis dan non medis tertentu yang dilihat dari 3 aspek yaitu : ketersediaan (ke), kinerja (ki) dan kualitas (ku), dengan memperhatikan downtime losses, speed losses, dan defect losses.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketersediaan (Ke, <i>availability</i>) : adalah waktu yang tersedia untuk pengoperasian peralatan yang dinyatakan dengan persentasi, apakah peralatan tersebut beroperasi setiap saat dalam rentang waktu yang telah ditentukan • Kinerja (Ki, <i>performance</i>) : adalah kemampuan peralatan dalam memenuhi pelayanan yang dinyatakan dalam persentasi. • Kualitas (Ku, <i>quality</i>) : adalah kemampuan peralatan dalam menghasilkan pelayanan yang standar 				
Formula (Rumus)	<p>Ke (<i>availability</i>) = total waktu yang tersedia – (waktu breakdown + waktu setup)/ total waktu yang tersedia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ki (<i>performance</i>) = Jumlah unit yang diproduksi/target unit yang diproduksi - Ku (<i>quality</i>) = jumlah unit yang baik / total unit yang baik - OEE per alat = (Ke x Ki x Ku) x 100% - OEE per unit = Jumlah OEE seluruh alat di Unit / Jumlah alat di Unit - OEE tingkat rumah sakit = Jumlah OEE seluruh Unit / Jumlah seluruh Unit 				
Person in charge	Direktur Umum dan Operasional				
Sumber Data	<ul style="list-style-type: none"> (a) Data alat yang akan dinilai keandalannya (b) Laporan monitoring ketersediaan, kinerja dan kualitas dari peralatan tsb 				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Base Line	76%				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	77%	78%	79%	80%	81%

Iku17. Pengukuran Survei Kepuasan Pegawai

IKU17. PENGUKURAN SURVEI KEPUASAN PEGAWAI													
Perspektif :	Proses Pembelajaran dan Pertumbuhan												
Sasaran Srategis	Meningkatnya Employee Engagement												
IKU	Indeks Kepuasan Pegawai												
Definisi Operasional	Indikator kepuasan pegawai (IKP) adalah data dan informasi tentang tingkat kepuasaan pelanggan internal yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif dan kualitatif atas pendapat pelanggan internal selama bekerja di RSHS dalam kurun waktu tertentu Pelanggan internal adalah pegawai didalam lingkungan RSHS baik ASN maupun BLU.												
Formula (Rumus)	$\frac{\text{Jumlah nilai yang diperoleh}}{\text{Jumlah Nilai Maksimal}} \times 100$												
Person in charge	Direktur SDM dan Pendidikan												
Sumber Data	Sampel Isian Kuesioner pegawai dari unit kerja dilingkungan RSHS.												
Periode Pelaporan	Semesteran												
Base Line	78%												
Target	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th></th><th>2020</th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th><th>2024</th></tr> <tr> <td></td><td>80%</td><td>82%</td><td>84%</td><td>86%</td><td>88%</td></tr> </table>		2020	2021	2022	2023	2024		80%	82%	84%	86%	88%
	2020	2021	2022	2023	2024								
	80%	82%	84%	86%	88%								

IKU18. Jumlah Lean Project yang Terlaksana

IKU18. JUMLAH LEAN PROJECT YANG TERLAKSANA					
Perspektif :	Proses Pembelajaran dan Pertumbuhan				
Sasaran Srategis	Terlaksananya Lean Culture				
IKU	Jumlah Lean Project yang Terlaksana				
Definisi Operasional	<p>Lean project adalah project/kumpulan kegiatan yang dilaksanakan oleh unit terkait dan bertujuan untuk meningkatkan efisiensi pada suatu proses bisnis atau unit di rumah sakit untuk jangka waktu 1 tahun</p> <p>Lean Projek ini dilaksanakan oleh tim yang terdiri dari lintas fungsi yang dipimpin oleh kepala unit atau pemilik proses dan dibuatkan laporan kegiatan serta evaluasi yang dilakukan pada akhir pelaksanaan project</p>				
Formula (Rumus)	Menghitung jumlah lean project yang dilaksanakan dalam proses bisnis				
<i>Person in charge</i>	Direktur Umum dan Operasional				
Sumber Data	Laporan kegiatan lean				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Base Line	-				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	4	4	4	6	8

IKU19. Pertumbuhan Pendapatan Pertahun

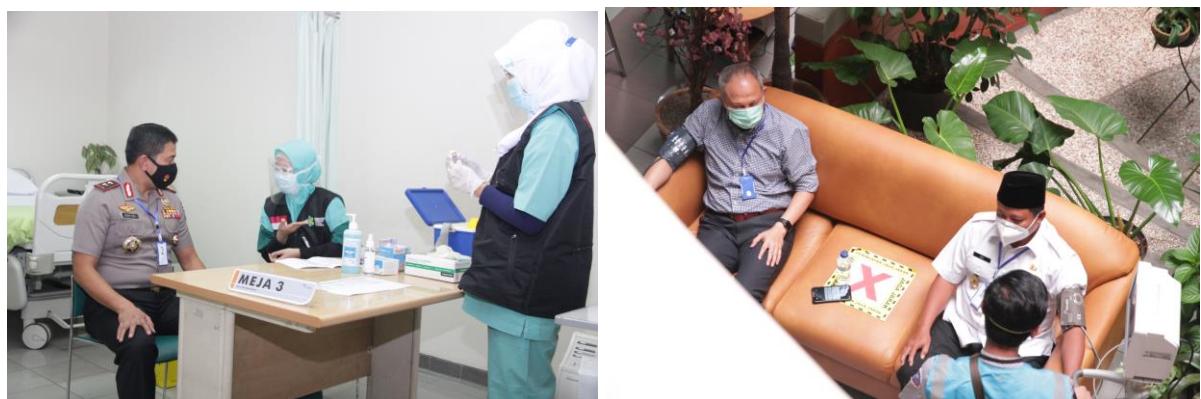
IKU19 : Pertumbuhan Pendapatan Pertahun					
Perspektif :	Finansial				
Sasaran Srategi	Meningkatnya pendapatan				
IKU	Pertumbuhan Pendapatan per tahun				
Definisi Operasional	<p>Merupakan prosentasi dari pebandingan pendapatan tahun berjalan dengan pendapatan tahun lalu.</p> <p>Pendapatan merupakan pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat selama periode tertentu</p>				
Formula (Rumus)	$\frac{\text{Pendapatan Tahun ini} - \text{Pendapatan Tahun Lalu}}{\text{Pendapatan Tahun Lalu}} \times 100\%$				
Person in charge	Direktur Keuangan				
Sumber Data	Bagian Akuntansi & Verifikasi, dan Bagian PMD				
Periode Pelaporan	1 (satu) tahun				
Base Line	>1%				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	3%	1%	2%	2%	3%

IKU20. Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)

IKU20. RASIO PENDAPATAN PNBP TERHADAP BIAYA OPERASIONAL (POBO)					
Perspektif :	Finansial				
Sasaran Strategi	Tercapainya Efisiensi Biaya Operasional				
IKU	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)				
Definisi Operasional	<p>Rasio pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO) adalah membandingkan antara pendapatan PNBP yang diterima rumah sakit dengan biaya operasional yang dikeluarkan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pendapatan PNBP merupakan pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (Rupiah Murni). 2. Biaya Operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, berupa Beban Umum dan Administrasi, dan Beban Layanan, dengan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN-RM dan pendapatan PNBP-BLU. Tidak termasuk biaya investasi 				
Formula (Rumus)	$(\text{Pendapatan PNBP}/\text{Biaya Operasional}) \times 100\%$				
Person in charge	Direktur Keuangan				
Sumber Data	Bagian Akuntansi & Verifikasi				
Periode Pelaporan	1 (satu) Tahun				
Base Line	75%				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	85%	76%	89%	91%	93%

5. FOTO KEGIATAN

**GAMBAR 1
KICK OF VAKSIN JABAR
BULAN JANUARI 2021**



**GAMBAR 2
GEBYAR VAKSIN TENAGA KESEHATAN DI SABUGA
BULAN FEBRUARI 2021**





GAMBAR 3
OPERASI KEMBAR SIAM DARI CIREBON
BULAN APRIL 2021



GAMBAR 4
OPERASI KEMBAR SIAM HASNA HUSNA
BULAN APRIL 2021



GAMBAR 5
KUNJUNGAN ALAT KESEHATAN ROBOTIC DARI IRAN
DESEMBER 2021



GAMBAR 6
VAKSIN UNTUK LANSIA, BUMN, IBU HAMIL, UMUM DAN ANAK
TAHUN 2021



6. PENGHARGAAN

**Gambar 7
PERINGKAT 3
INDONESIA'S HERO AWARD 2021**



**Gambar 8
PERINGKAT PERTAMA
KATEGORI 6 S.D. 10 UAKPA
HASIL PENILAIAN LAPORAN KEUANGAN KEMENTERIAN NEGARA/LEMBAGA
TINGKAT UAPPA-W**

